

**ORGANIZATOR: DELPHI – OŚRODEK SZKOLENIOWY**

**Prowadzony przez DELPHI Biuro Doradztwa i Usług**

**03-216 Warszawa, ul. Modlińska 6**

**Fax. (022) 811 22 11**

**Tel. (o-22) 811 22 11, 811 22 12, 814 30 54**

**ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA W SZKOLENIU:**

**„Szkolenie z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej**

**WARUNKI UCZESTNICTWA:**

Podstawą udziału w szkoleniu jest złożenie osobiście lub przesłanie listownie lub faxem wypełnionego formularza zgłoszeniowego oraz **zapłata należności i przesłanie potwierdzenia wpłaty najpóźniej do dnia 22 września 2010 r.**

Koszt uczestnictwa jednej osoby –**130 PLN (zw. z VAT)**

Termin szkolenia – **28 września 2010r.**

Zajęcia odbędą się w godzinach:**10.00. do15.00.**

Miejsce: **Warszawa, ul, Modlińska 6, lok. 123** (w budynku CEZEX)

*W przypadku rezygnacji uczestnika lub uczestników po dokonaniu wpłaty nie przewiduje się zwrotów wniesionych opłat – stanowią one opłatę manipulacyjną, związaną z przygotowaniem szkolenia.*

**Zamawiam szkolenie dla:**

IMIĘ I NAZWISKO, DATA I MIEJSCE URODZENIA, NOWE WOJ. URODZENIA, STANOWISKO :

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

NAZWA FIRMY: .....

ADRES, ULICA: ..... KOD: .....

MIASTO: ..... NR NIP: .....

TELEFON: ..... FAX: .....

Imię i nazwisko ..... Tel. ....

osoby do  
kontaktu

Oświadczam, że należność w wysokości ..... x **130 zł.** =..... (słownie: .....  
.....złotych.) zostanie w dniu ..... przelana  
na konto:

**DELPHI Biuro Doradztwa i Usług nr :71 1050 1054 1000 0022 2464 0991**

Upoważniam do wystawiania faktury bez podpisu odbiorcy.

PIECZĘĆ FIRMOWA

Akceptuję warunki uczestnictwa

Czytelny podpis zamawiającego