

FORMULARZ ZAMÓWIENIA SZKOLENIA

(nazwa szkolenia)

(termin i miejsce szkolenia)

ZAMAWIAJĄCY

IMIĘ I NAZWISKO ZAMAWIAJĄCEGO:	
STANOWISKO:	
TELEFON KONTAKTOWY:	
ADRES E-MAIL:	
PEŁNA NAZWA FIRMY (PŁATNIKA)	
ADRES FIRMY Z KODEM POCZTOWYM:	
TELEFON:	
NUMER NIP:	
LICZBA UCZESTNIKÓW:	

Oświadczam, że (proszę zaznaczyć jedną z opcji):

- Jesteśmy płatnikiem VAT. Upoważniam Infomedia Sp. z o.o. Sp. k do wystawienia faktury VAT bez podpisu odbiorcy.
- Nie jesteśmy płatnikiem VAT. Proszę o wystawienie faktury VAT bez podania numeru NIP i podpisu odbiorcy.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w celu realizacji zamówienia przez firmę FirstMed Poland Dawid Grabowski, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883). Oświadczam, że zostałem poinformowany, że podanie moich danych osobowych ma charakter dobrowolny oraz, że przysługuje mi prawo do wglądu do nich, jak również możliwość ich poprawiania.

Pieczęć Firmy (Płatnika)

Podpis czytelny osoby zamawiającej