

FORMULARZ ZAMÓWIENIA SZKOLENIA

(pieczęćka zamawiającego)

(PROSIMY WYPEŁNIĆ PISMEM DRUKOWANYM)

ZWRACAMY SIĘ Z PROŚBĄ O ZORGANIZOWANIE:

(nazwa kursu / szkolenia / seminarium / warsztatów / inne)

DANE ZAMAWIAJĄCEGO:

Nazwa firmy/instytucji:

Kod pocztowy Nazwa miejscowości

Ulica..... nr

tel. fax

e-mail: NIP

Proszę o wystawienie faktury: tak nie

DANE DO FAKTURY: (w przypadku, gdy są inne niż zamawiającego)

Nazwa firmy/instytucji:

Kod pocztowy Nazwa miejscowości

Ulica..... nr

NIP

SZCZEGÓŁY ZAMÓWIENIA:

Liczba uczestników:

Termin

Miejsce

Uzgodniona cena

Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji od LINMED na podany wyżej adres mailowy (Ustawa z dn. 18.07.2002r. Dz. U. Nr 144, poz. 1204 o świadczeniu usług drogą elektroniczną) oraz na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby służbowe firmy LINMED (Ustawa z dn. 29.08.1997r. Dz.U. Nr 133, poz 883 o ochronie danych osobowych)

Potwierdzam otrzymanie wiadomości, że:

1. Administratorem danych jest LINMED.

2. Przysługuje mi prawo wglądu do moich danych osobowych oraz ich poprawienie na warunkach określonych w ustawie o ochronie danych osobowych.

3. Dane osobowe podawane są dobrowolnie.

....., dnia.....r.

(czytelny podpis osoby wypełniającej)

LINMED
Ośrodek Szkoleniowy Medycyny Ratunkowej
ul. Kuźnicy Kołtąjowskiej 23F/U3 , 31-234 Kraków
tel./fax (12) 665-33-29 tel. 665-198-556
biuro@linmed.com.pl www.linmed.com.pl



LISTA OSÓB

LP	NAZWISKO	IMIĘ	PESEL	PRZYNALEŻNOŚĆ
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				