szkolenia-wyjazdowe.pl

biuro@ad.edu.pl

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA NA SZKOLENIE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tytuł szkolenia** | **Miejsce** | **Data** | **Cena** |
|  |  |  |  |

**WARUNKI UCZESTNICTWA**

Niniejsza karta zgłoszenia ma formę umowy zawartej pomiędzy firmą zgłaszającą a Instytutem Szkoleniowym A&D.

Podstawą wzięcia udziału w szkoleniu jest przesłanie e-mailem wypełnionej i podpisanej karty zgłoszenia.

W przypadku nie otrzymania potwierdzenia uczestnictwa 7 dni przed szkoleniem, prosimy o kontakt telefoniczny.

**WARUNKI REZYGNACJI**

Rezygnacja ze szkolenia wyjazdowego musi zostać przesłana mailem najpóźniej 21 dni roboczych przed jego rozpoczęciem. Rezygnacja w terminie późniejszym lub nie stawienie się na szkolenie, wiąże się z koniecznością pokrycia 100% kosztów.

**ODWOŁANIE SZKOLENIA**

Organizator zastrzega sobie prawo do:

 - odwołania szkolenia najpóźniej 5 dni roboczych przed jego terminem, z przyczyn niezależnych od niego

 - zmiany terminu zajęć jeśli wykładowca z przyczyn losowych nie będzie mógł poprowadzić szkolenia.

Uczestnicy zajęć niezwłocznie zostaną poinformowani o tym fakcie.

**UCZESTNICY SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Stanowisko** | **Nr. tel.** | **Adres e-mail** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**DANE PŁATNIKA**

**Nazwa firmy:** ................................................................................................................................................................

**Ulica:** .......................................................................................................................................... **NIP:** .........................

**Kod:** ....................................... **Miejscowość:** ..............................................................................................................

**Tel.:** ....................................…………………... **E-mail:** ..………………......................................................................…

 Zapoznaliśmy się i akceptujemy warunki uczestnictwa w szkoleniu Instytutu Szkoleniowego A&D

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku

o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku

z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO)

 do celów informacyjnych związanych z realizacją szkolenia

 do celów marketingowych / handlowych w zakresie organizowanych przez Instytut Szkoleniowy A&D szkoleń

data i podpis osoba decyzyjna

**OŚWIADCZENIE**

**PRZY FINANSOWANIU SZKOLENIA ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH**

…….………………………..

miejsce i data

pieczęć jednostki

 **Instytut Szkoleniowy A&D Sp. z o.o.**

 **ul. Nowolipki 28A/16, 01-019 Warszawa**

Oświadczamy, iż usługa nabyta w Instytucie Szkoleniowym A&D Sp. z o.o.,

*(proszę podać tytuł szkolenia)*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..................................................

w terminie …………………...........................................*,* mająca charakter usługi

kształcenia zawodowego / przekwalifikowania zawodowego

jest finansowana ze środków publicznych:
**a)** w całości, zgodnie z treścią art. 43 ust. 1 pkt 29 lit.c ustawy z dnia 11.03.2004 r. o podatku

od towarów i usług (Dz. U. Nr 54, poz. 535 ze zm.)

lub
**b)** w co najmniej 70 %, zgodnie z treścią § 13 ust. 1 pkt 20 rozporządzenia

Ministra Finansów z dnia 04.04.2011 r. w sprawie wykonania niektórych przepisów ustawy o podatku

od towarów i usług (Dz. U. 2011 Nr 73, poz. 392)"

**\*Prosimy zaznaczyć właściwą opcję a) lub b)**

pieczątka i podpis osoby upoważnionej

do zaciągania zobowiązań wobec jednostki