Kujawsko – Pomorski Związek Pracodawców i Przedsiębiorców

FORMULARZ ZGŁOSZENIA UCZESTNICTWA W SZKOLENIU

2 – DNIOWE SZKOLENIE PRACODAWCÓW I INNYCH OSÓB KIERUJĄCYCH PRACOWNIKAMI Z ZAKRESU BHP

Termin i miejsce szkolenia :

- ☐ **20-21.08.2007. Grudziądz, godz. 9.30-15.30- Starostwo Powiatowe, ul. Małomłyńska 1,**

SZKOLENIE BEZPŁATNE

Adres firmy:

NIP:

NR PKD:

Osoba do kontaktu:

Telefon: ***Faks:*** ***e-mail:***

Zgłaszam uczestnictwo w szkoleniu następujących osób:

1.

2.

3.

4.

W przypadku braku miejsc na szkoleniu (o uczestnictwie decyduje kolejność zgłoszeń) lub nie zgłoszenia się minimalnej grupy uczestników zostaną Państwo poinformowani telefonicznie o zaistniałej sytuacji.

Zgłoszenia należy przysłać faksem do dnia.: 08.08.2007 na numer (52) 345 80 00 w. 22

W przypadku zgłoszenia i nie przybycia na szkolenie Kujawsko – Pomorski Związek Pracodawców i Przedsiębiorców zastrzega sobie prawo do obciążenia uczestnika kosztami w wysokości 110 zł.

Data: Pieczęć firmowa: Podpis i pieczęć upoważnionej osoby: