Krajowy Związek Rewizyjny Spółdzielni „Samopomoc Chłopska”
ul. Kopernika 30, 00-950 Warszawa

Fax: **22-827-16-06**

e-mail: **szkolenia@centrumsk.pl**

KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNICTWA
w szkoleniu uzupełniającym dla lustratorów
w dniach 19 i 20 lutego 2019r w Warszawie- Miedzeszynie, ul. Odrębna 4

1. Nazwisko .....
2. Imiona: 1 .....2.....
3. Nr PESEL .....
4. Numer uprawnień lustracyjnych .....
5. Miejsce zamieszkania (gmina, dzielnica) .....

   Ulica ..... nr domu ..... nr mieszkania .....

   Kod pocztowy ..... Miejscowość .....

   Województwo .....
6. Nr telefonu kontaktowego .....
7. Adres e-mail .....
8. **Płatność zostanie dokonana na rachunek 86 8769 0002 0680 0361 2000 0060**
9. W przypadku gdy płatnikiem będzie zakład pracy prosimy o podanie:

   -Nazwisko i imię uczestnika szkolenia

   -Pełna nazwa i adres zakładu pracy

   -NIP zakładu pracy

Upoważniamy KZRS „Samopomoc Chłopska”: do wystawienia faktury bez naszego podpisu

W przypadku rezygnacji ze szkolenia na 4 dni przed terminem rozpoczęcia szkolenia organizator zastrzega sobie zwrot 50% należności.....

data i podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz.U. z 2016 r. poz. 922)

.....

data i podpis