

## FORMULARZ ZAMÓWIENIA SZKOLENIA:



### – SZYBKI START – EDUKACJA ZDROWOTNA SZKOLENIE DLA KADRY PEDAGOGICZNEJ

#### DANE PLACÓWKI ZGŁASZAJĄCEJ/ODBIORCY

NIP: ..... REGON: .....

Nazwa szkoły / placówki: .....

Adres: .....

Kod pocztowy / Miejscowość: .....

Telefon kontaktowy: .....

Adres e-mail do korespondencji: .....

.....

#### DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ (DYREKTORA)

Imię i nazwisko: .....

Stanowisko: .....

Telefon: .....

Adres e-mail: .....

#### DANE DO FAKTURY NABYWCA – PŁATNIK:

Płatnik – pełna nazwa: .....

.....

Adres płatnika (kod pocztowy, miejscowość nazwa i numer ulicy):

.....

NIP: .....

**DANE DO FAKTURY – ODBIORCA:**

Pełna nazwa: .....

.....  
Adres odbiorcy (kod pocztowy, miejscowość nazwa i numer ulicy):  
.....

NIP/ REGON: .....

**ZAMÓWIENIE**

Zamawiam dla mojej placówki szkolenie:

- ✓ SZYBKI START – EDUKACJA ZDROWOTNA – SZKOLENIE DLA KADRY PEDAGOGICZNEJ w cenie 950 zł, realizowane w formie samokształcenia kierowanego.

Proszę o:

- przestanie kompletu materiałów edukacyjnych w ciągu 48 godzin od zaksięgowania wpłaty oraz wystawienie faktury VAT i przestanie jej drogą elektroniczną na adres e-mail:
- .....

**OŚWIADCZENIE ZAMAWIAJĄCEGO**

Oświadczam, że zapoznałem/am się z zakresem szkolenia oraz zasadami jego realizacji.

Wyrażam zgodę na wystawienie faktury VAT bez podpisu odbiorcy.

**Data:** .....

.....

**Pieczęć i podpis Dyrektora**