FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

……………………………………………………………………………………………….

(nazwa kursu)

1. DANE OSOBOWE

NAZWISKO I IMIĘ ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

**DATA I MIEJSCE URODZENIA ……………………………………………………………………………………………………………………**

**ADRES DOMOWY ……………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**TEL. / E-MAIL …………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**2. WYKSZTAŁCENIE**

**Uczelnia ……………………………………………………………… Zawód ………………………………………………**

**3. OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH**

1. Oświadczam, iż zostałem/-am poinformowany/-na o tym, że zgodnie z art. 23 ust. 1 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (teks jednolity Dz.U. z roku 2002 Nr 10 poz. 926) Zachodniopomorska Szkoła Biznesu w Szczecinie, ul. Żołnierska 53, 71-210 Szczecin będzie przetwarzać dane osobowe uzyskane w niniejszym formularzu w zakresie niezbędnym do prowadzenia procesu dydaktycznego oraz o przysługującym mi prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

Data i podpis

**4. FAKTURA**

Proszę o wystawienie faktury:

**Nazwisko i imię** .........................................................................................………...... **NIP** ....................................

**Dokładny adres:**  ......................................................... .................................………..………....

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

Upoważniam Zachodniopomorską Szkołę Biznesu do wystawienia faktury VAT bez podpisu odbiorcy.

 Podpis odbiorcy rachunku

###### 5. UWAGA: DOTYCZY OSÓB KIEROWANYCH NA SZKOLENIE PRZEZ FIRMĘ

Firma .........................................................................................…………… kieruje Pana /Panią ………………………….........................……..................…........ na kurs .................................................................………………............................................. data i podpis pieczęć firmy

Proszę o wystawienie faktury VAT po dokonaniu wpłaty. Upoważniamy Zachodniopomorską Szkołę Biznesu do wystawienia faktury VAT bez podpisu odbiorcy.

**Nazwa firmy:** .......................................………………................. **Dokładny adres z kodem**:

……………………………………………………………………………………………………………………………………

**NIP:** ..........................................…....

pieczątka i podpis osoby upoważnionej

### 72-600 ŚWINOUJSCIE ul. Grunwaldzka 47 , tel.091 321 7777, fax. 091 321 7778

### Bank Pekao S.A. I O/Świnoujście NRB 10 1240 3914 1111 0000 3087 6970