

ZGŁOSZENIE UDZIAŁU W SZKOLENIU

Organizator: **PartnerSoft** 93-575 Łódź, ul. Rembielińskiego 19 | 30
tel. (42) 25 26 815, 504 156 204, fax (42) 209 11 33, e-mail: biuro@partnersoft.pl



Informacje o wybranym szkoleniu:			
nazwa szkolenia:			
uwagi	<input type="text"/>		
termin:			
miejsce szkolenia:	- szkolenia realizujemy w Łodzi, realizacja w innych miastach zostanie przez nas potwierdzona		
Osoba do kontaktu (zgłaszająca uczestników)			
imię i nazwisko	telefon	e-mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Dane zamawiającego:			
Nazwa Firmy:			
NIP:		kod pocztowy:	
Jeśli jesteś naszym klientem nie musisz podawać pozostałych danych adresowych - wystarczy nam NIP firmy			
miasto:		ul.:	
tel.:		fax:	
kom.:		e-mail:	
Uczestnicy szkolenia:			
l.p.	imię i nazwisko	telefon do uczestnika	e-mail do uczestnika
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się i akceptuję [Regulamin szkoleń](#) otwartych PartnerSoft.

Korzystam z 20% rabatu dla nabywających oprogramowanie.

Uwagi:

.....
Podpis i pieczęć Zamawiającego