|  |
| --- |
| **FORMULARZ ZLECENIA SZKOLENIA - UMOWA**AXEL BHP centrum szkoleń i doradztwa BHP i PPOŻ mgr Małgorzata Karmańska44-100 Gliwiceul. Kosów 4biuro@axelbhp.gliwice.pltel. 605-381-647nr konta: ING Bank Śląski 16 1050 1298 1000 0091 3029 1496 |
| Data wypełnienia ……………………………… | Pieczęć instytucji |
| Nazwa Firmy, ADRES, NIP:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Telefon: ………………….…….. ; e-mail: ……………………………………… |
| **Informacja ogólna o szkoleniu** |
| **NAZWA SZKOLENIA :** **Szkolenie dla osób wyznaczonych do udzielania I pomocy oraz wykonywania działań w zakresie zwalczania pożarów i ewakuacji pracowników****FORMA SZKOLENIA\*:****Stacjonarne / Samokształcenie kierowane** |
| termin szkolenia | Miejsce szkolenia\* |
| **……………………………** | **AXEL BHP** **ul. Kosów 4****44-100 Gliwice** | …………………………………………………………..…………………………………………………………..………………………………………………………….. |
|  |  |
| **Uczestnicy szkolenia** |
| L.p. | Imię i nazwisko uczestnika | Data urodzenia  | Stanowisko/adres e-mail\*\* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Koszt szkolenia** |
| ILOŚĆ UCZESTNIKÓW SZKOLENIA | CENA/1 os.  | KWOTA RAZEM |  |
|  |  |  |
| Osoba zlecająca usługę zobowiązuje się do zapłaty na rzecz Axel BHP centrum szkoleń i doradztwa BHP i PPOŻ mgr Małgorzata Karmańska wymienionych kwot, zgodnie z terminem płatności widniejącym na fakturze. |
| UpoważniamyAxel BHP centrum szkoleń i doradztwa BHP i PPOŻ do wystawiania faktur VAT bez naszego podpisu. |
| ***UWAGA**** Wyrażam zgodę/ ~~nie wyrażam zgody~~\* na przechowywanie i przetwarzanie naszych danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (2016.679) **do celów związanych z organizacją i przeprowadzeniem szkolenia.**
* Zostałem/am zapoznany/a z informacją o przetwarzaniu danych osobowych przez firmę AXEL BHP centrum szkoleń i doradztwa BHP i PPOŻ mgr Małgorzata Karmańska
* Akceptuję/~~nie akceptuję~~\* regulamin/u serwisu internetowego AXEL BHP
 |
| *PODPIS OSOBY ZLECAJĄCEJ* |
| *\* niepotrzebne skreślić**\*\*adres e-mail podać w przypadku szkolenia w formie samokształcenia (e-learning)* |