|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARZ ZLECENIA SZKOLENIA OKRESOWEGO W FORMIE STACJONARNEJ - UMOWA**  AXEL BHP centrum szkoleń i doradztwa BHP i PPOŻ mgr Małgorzata Karmańska  44-100 Gliwice  ul. Kosów 4  [biuro@axelbhp.gliwice.pl](mailto:biuro@axelbhp.gliwice.pl)  tel. 605-381-647  nr 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 \*\*:** | | | | | | | | |
| termin szkolenia | | Miejsce szkolenia\* | | | | | | |
| **……………………………** | | **AXEL BHP**  **ul. Kosów 4** **44-100 Gliwice** | | | …………………………………………………………..  …………………………………………………………..………………………………………………………….. | | | |
|  | | |  | | | |
| **Uczestnicy szkolenia** | | | | | | | | |
| L.p. | Imię i nazwisko uczestnika | | Data urodzenia | | | | Stanowisko | |
|  |  | |  | | | |  | |
|  |  | |  | | | |  | |
|  |  | |  | | | |  | |
|  |  | |  | | | |  | |
|  |  | |  | | | |  | |
|  |  | |  | | | |  | |
|  |  | |  | | | |  | |
|  |  | |  | | | |  | |
|  |  | |  | | | |  | |
|  |  | |  | | | |  | |
|  |  | |  | | | |  | |
|  |  | |  | | | |  | |
|  |  | |  | | | |  | |
|  |  | |  | | | |  | |
|  |  | |  | | | |  | |
| **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.** * 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 zapewnieniem dotrzymania wymaganych prawem terminów przyszłych szkoleń (wpisanie do terminarza szkoleń).** * 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*  *\*\* przykładowe nazwy szkolenia:*  *Dla pracowników zatrudnionych na stanowiskach robotniczych*  *Dla pracowników administracyjno – biurowych*  *Dla pracodawców i osób kierujących pracownikami*  *Dla pracowników inżynieryjno – technicznych*  *Dla pracowników służby BHP*  *Dla pracowników placówek służby zdrowia*  *Dla pracowników wyznaczonych do udzielania I pomocy i wykonywania działań w zakresie zwalczania pożarów i ewakuacji* | | | | | | | | |