**ZGŁOSZENIE**

**Dane jednostki zgłaszającej:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa jednostki zgłaszającej |  |
| Adres |  |
| NIP |  |
| Imię i nazwisko osoby kontaktowej |  |
| Telefon / Fax |  |
| E-mail |  |

**Zgłaszamy udział poniższych osób w szkoleniu otwartym:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Temat szkolenia** | **Termin** | **Imię i nazwisko** | **Stanowisko** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Całkowity koszt szkolenia |  |

**Warunki zgłoszenia:**

1. Warunkiem uczestnictwa w szkoleniu jest przesłanie zgłoszenia

- faxem pod numer: 71 335 20 99 lub - pocztą elektroniczną na adres szkolenia@csroe.pl

Wpłatę za szkolenie należy dokonać na 7 dni przed datą rozpoczęcia szkolenia przelewem na konto:
**Bank Zachodni WBK S.A. IV o/Wrocław, nr konta 64 1090 2503 0000 0001 1689 1373.**

1. Rezygnacja z uczestnictwa jest możliwa najpóźniej na 3 dni przed datą rozpoczęcia szkolenia. W przypadku braku pisemnej (mail lub fax) rezygnacji w powyższym terminie, jednostka zgłaszająca będzie zobowiązana pokryć 50% kosztów szkolenia.
2. W przypadku, gdyby szkolenie nie odbyło się z powodu nie zebrania minimalnej liczby uczestników lub z powodów niezależnych od organizatora, jednostce zgłaszającej zostanie zaproponowany udział w szkoleniu w innym terminie lub zostanie zwrócona pełna kwota wpłaty.
3. Podpisanie zgłoszenia jest równoznaczne z akceptacją powyższych warunków oraz upoważnia Regionalny Ośrodek Edukacji do wystawienia faktury VAT.

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

**Czytelny podpis osoby upoważnionej Pieczątka jednostki zgłaszającej**

Jeżeli są Państwo zainteresowani otrzymywaniem od nas aktualnej oferty szkoleniowej, prosimy o podpisanie poniższej formuły:

„Wyrażam zgodę na otrzymywanie aktualnej oferty szkoleniowej, wysyłanej przez Regionalny Ośrodek Edukacji drogą elektroniczną i faxem.”

……………………………………………………

**Pieczątka i podpis**