**FORMULARZ ZGŁOSZENIA NA SZKOLENIE OTWARTE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa firmy zgłaszającej |  |
| Adres, NIP |  |
| Imię i nazwisko osoby do kontaktów |  |
| Telefon |  |
| Adres e-mail |  |
| **Prosimy o wybranie tematu, miejsca i terminu szkolenia:**  [**„Integracja wokół zadań i ludzi”**](http://www.csroe.pl/integracja-wokol-zadan-i-ludzi) /cena: 640 zł +VAT/  ❒ **Wrocław:** 16.11.2018r.  **„Zarządzanie sobą w czasie - jak sprawić aby doba była dłuższa”** /cena: 590 zł +VAT/  ❒ **Warszawa:** 24.10.2018r. ❒ **Katowice:** 22.10.2018r.  [**„Prawo pracy i czas pracy”**](http://www.csroe.pl/wypalenie-zawodowe)/cena: 880 zł + VAT/  ❒ **Gdańsk:** 25-26.10.2018r.; 15-16.11.2018 r.  [**„Podatek dochodowy od osób fizycznych po zmianach w 2018 roku”**](http://csroe.pl/podatek-dochodowy-od-osob-fizycznych-po-zmianach-w-2018-r)/cena: 640 zł +VAT/  ❒ **Gdańsk:** 24.10.2018r.; 28.11.2018r. | |
| **Dane uczestników szkolenia:** Imię i nazwisko, telefon, e-mail | |
|  | |
|  | |
| 3. | |

**Warunki zgłoszenia**

1.Warunkiem udziału w szkoleniu otwartym jest przesłanie wypełnionego formularza pocztą elektroniczną na adres **szkolenia@csroe.pl**.

2. Wpłaty za szkolenie należy dokonać w terminie 7 dni przed rozpoczęciem szkolenia na konto:

Bank Zachodni WBK S.A. IV o/ Wrocław, nr konta: 64 1090 2503 0000 0001 1689 1373

3.Rezygnacja z udziału w szkoleniu jest możliwa najpóźniej 5 dni przed datą rozpoczęcia szkolenia. W przypadku rezygnacji poniżej 5 dni od daty szkolenia, firma zgłaszająca będzie zobowiązana pokryć 50% kosztów szkolenia. W przypadku braku pisemnej (poczta, mail, fax) rezygnacji, firma zgłaszająca będzie zobowiązana pokryć 100% kosztów szkolenia.

4.W przypadku gdyby szkolenie nie odbyło się w zaplanowanym terminie, firmie zgłaszającej zostanie zaproponowany inny termin szkolenia lub zostanie zwrócona uiszczona przez firmę zgłaszającą wpłata za szkolenie.

5.Przesłanie zgłoszenia jest równoznaczne z akceptacją powyższych warunków oraz upoważnia Regionalny Ośrodek Edukacji Sp. z o.o. do wystawienia faktury VAT.

Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie przekazanych danych osobowych przez Regionalny Ośrodek Edukacji Sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu, ul. Uniwersytecka 1, 50-145 Wrocław jako administratora danych, w zakresie podanym w formularzu zgłoszeniowym do celów zawarcie zawarcia i realizacji umowy wg obowiązującego prawa .

Zgodnie z art. 13 ust. 1 RODO z dnia 27 kwietnia 2016r. (UE) 2016/679 informujemy, że administratorem przekazanych danych jest Regionalny Ośrodek Edukacji Sp. z o.o. z/s we Wrocławiu przy ul. Uniwersyteckiej 1; przysługuje Państwu prawo dostępu do treści przekazanych danych oraz możliwość ich wglądu, aktualizowania lub ich poprawiania w każdym czasie; w przypadku stwierdzenia , że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO posiadają Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego; Przekazane dane osobowe będą przetwarzane do czasu cofnięcia zgody.

……………………………………………… ………………………………………………

Czytelny podpis osoby upoważnionej Pieczątka firmy zgłaszającej