



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA SZKOLENIE

Prosimy o wypełnienie formularza i przesłanie na adres e-mail: [odkwarszawa@simp.pl](mailto:odkwarszawa@simp.pl) (*dane osobowe niezbędne do wystawienia Zaświadczenia o ukończeniu kursu*).

W przypadku pytań lub wątpliwości prosimy o kontakt pod nr tel. 22 839 01 51, 571-406-197

### **Nazwa: KURS UZUPEŁNIAJĄCY nt. NIEPALNE GAZY MEDYCZNE**

| <b>Osoba zgłoszona</b>   |   |
|--|---|
| Imię i nazwisko  | Data, miejsce urodzenia, PESEL          |
| Miejsce zamieszkania:  | Wykształcenie:<br>Zajmowane stanowisko: |
| Numer posiadanego resortowego zaświadczenia kwalifikacyjnego lub zaświadczenia o ukończeniu kursu wydanego przez SIMP ODK:   |   |
| Na szkoleniu uzupełniającym pracownik podnosić będzie kwalifikacje zawodowe w zakresie:<br><b>dozoru „D”</b> <input type="checkbox"/><br><b>eksploatacji „E”</b> <input type="checkbox"/> ( <i>wybrane zakreślić</i> ) |   |

| <b>Informacje kontaktowe</b>               |  |   |  |
|--|--|---|--|
| Osoba odpowiedzialna za kontakt z SIMP ODK |  |   |  |
| tel.                                       |  | e-mail:   |  |
| Dane do wystawienia faktury VAT            |  | Adres/ dział/ osoba gdzie powinna być przesłana faktura |  |
| Pełna nazwa siedziby oraz adres:           |  |   |  |
| NIP  |  |   |  |

Koszt dwudniowego kursu wynosi **1.000,00 zł** brutto = netto od osoby.

### **UWAGI DOTYCZĄCE REALIZACJI:**

- 1) Potwierdzenie uczestnictwa w szkoleniu jest równoznaczne z przyjęciem zobowiązania płatności.
- 2) Rezygnacja z uczestnictwa jest możliwa najpóźniej na 5 dni roboczych przed datą rozpoczęcia szkolenia. W przypadku późniejszego powiadomienia Zleceniodawca ponosi 50 % kosztów szkolenia.
- 3) Opłatę za szkolenie należy przelać na konto SIMP ODK - nr rachunku:  
**54 1090 1030 0000 0000 0402 9483** w terminie poprzedzającym kurs.

.....  
*czytelny podpis  
osoby upoważnionej*

.....  
*pieczęćka firmowa*

.....  
*miejsowość, data*