### **PRZED ZAPISANIEM SIĘ NA SZKOLENIE PROSIMY O ZAPOZNANIE SIĘ Z PONIŻSZYMI INFORMACJAMI.**

### **WYSŁANIE ZGŁOSZENIA OZNACZA AKCEPTACJĘ PONIŻSZYCH WARUNKÓW.**

1. Zgłoszenie na wybrane płatne szkolenie następuje po wysłaniu pobranego ze strony formularza zgłoszeniowego.

2. Wypełniony formularz prosimy o wysłanie do nas mailowo: ( [info@odz.edu.pl](mailto:info@odz.edu.pl); sekretariat@odz.edu.pl) lub faksem **(33 851 80 05).**

3. **Zgłoszenia telefoniczne obowiązują jedynie w wypadku zapisów na bezpłatne warsztaty organizowane w ramach wsparcia metodycznego**. **Na wsparcie metodyczne można również zgłosić się przez stronę szkolenia.**

4. Przy każdym szkoleniu podana jest kwota zaliczki, którą należy wpłacić na konto do 14 dni po wysłaniu formularza zgłoszeniowego (w przeciwnym razie zgłoszenie zostaje anulowane).

5. Tylko w przypadku rezygnacji ze szkolenia i powiadomieniu o tym do 7 dni przed datą jego rozpoczęcia, wpłacona kwota zaliczki zostaje zwracana.

6. Pozostałą kwotę można wpłacić :

a.) przelewem bankowym do dnia rozpoczęcia szkolenia.

b) gotówką w sekretariacie

6. **Jeśli uczestnictwo w kursie będzie pokrywała placówka - płatność przelewem po kursie - zaliczka nie obowiązuje,** w takim przypadku należy wysłać pobrany formularz zgłoszeniowy z danymi płatnika i odbiorcy koniecznymi do przygotowania faktury.

7. W wypadku niezebrania się wymaganej liczby uczestników szkolenie zostaje odwołane a wpłacona zaliczka zostaje zwrócona.

***Konto bankowe na które należy dokonywać płatności.***

*Publisher-Innowacje*

*43-440 Goleszów ul. Ustrońska 24*

*Bank Spółdzielczy Cieszyn o/Goleszów*

*86 8113 1020 2002 0176 5359 0001*

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NAZWA SZKOLENIA |  | | |
| IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA |  | | |
| DATA URODZENIA |  | | |
| MIEJSCE URODZENIA |  | | |
| ADRES ZAMIESZKANIA\*  **\**(PROSZĘ PODAĆ JEŚLI BĘDZIE POTRZEBNA FAKTURA IMIENNA PO SZKOLENIU)*** |  | | |
| ADRES E-MAIL |  | | |
| NR TELEFONU |  | | |
| **FORMA PŁATNOŚCI ZA SZKOLENIE (zaznacz właściwe)** | | | |
| Przelew przed szkoleniem | | | Gotówka w dniu szkolenia |
| **NALEŻY WYPEŁNIĆ JEŚLI PŁATNOŚĆ BĘDZIE DOKONANA PRZELEWEM PO SZKOLENIU PRZEZ PLACÓWKĘ:** | | | |
| NAZWA PŁATNIKA | |  | |
| ADRES PŁATNIKA | |  | |
| NIP PŁATNIKA | |  | |
| NAZWA ODBIORCY | |  | |
| ADRES ODBIORCY | |  | |

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w powyższym formularzu dla potrzeb rekrutacyjnych szkolenia zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014r.,poz.1182 z późn. zm.)*

TAK