

# ZAMÓWIENIE




 Prosimy o przesłanie zgłoszenia na adres: [szkolenia@apexnet.pl](mailto:szkolenia@apexnet.pl)
**Dane zgłaszającego** (proszę wpisać DRUKOWANYMI LITERAMI)

Pełna nazwa:		NIP:
Ulica:	Kod pocztowy:	Miejscowość:
Osoba do kontaktu:	Tel:	E-mail:
Proszę o przesłanie faktury: <input type="checkbox"/> e-faktura wysłana na adres e-mail ..... <input type="checkbox"/> faktura papierowa		

**Dane do faktury** (wypełniać tylko w przypadku, gdy są inne niż dane zgłaszającego)

Pełna nazwa:		NIP:
Ulica:	Kod pocztowy:	Miejscowość:

**Szkolenie**

 Tytuł szkolenia:	 Miasto:	 Termin:
Nowe prawo zamówień publicznych w placówkach medycznych	Warszawa	17-18 marca 2020

**Zgłaszamy do udziału w ww. szkoleniu następujące osoby:**

LP.	Imię i nazwisko	Dział/Wydział	E-mail indywidualny uczestnika <b>UWAGA!</b> E-mail jest jednocześnie loginem do EduStrefy: miejsca, w którym są materiały szkoleniowe.	Cena netto
1				
2				
3				
<b>RAZEM netto:</b>				

Oświadczamy, że ww. szkolenie jest finansowane przynajmniej w 70% ze środków publicznych oraz ma charakter kształcenia zaw. lub służy przekwalifikowaniu zaw., dlatego korzystamy z przysługującego nam zwolnienia z Vat.  
**Płatność za szkolenie nastąpi po przesłaniu oryginału faktury po odbyciu szkolenia.**

 Zwolnienie z Vat

Jestem płatnikiem VAT. **Należność zostanie przelana po wysłaniu niniejszego zgłoszenia.**

 Vat 23%

Płatność za szkolenie powinna zostać przelana na konto ApexNet w Santander Bank Polska S.A., Nr 22 1090 1056 0000 0001 2028 7894

**RAZEM brutto:**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie powyższych danych osobowych w celu realizacji usługi szkoleniowej przez administratora danych, którym jest ApexNet Sp. z o.o. Sp. k. Mam świadomość, iż integralną częścią szkolenia jest dostęp do EduStrefy – platformy internetowej, gdzie uczestnicy otrzymają m.in. materiały szkoleniowe. Przesłanie zgłoszenia na szkolenie jest równoznaczne z akceptacją regulaminu szkoleń otwartych dostępnego na stronie internetowej ApexNet.

Proszę o kontakt w sprawie rezerwacji noclegu za pośrednictwem organizatora

 .....  
 Data

 .....  
 Podpis osoby upoważnionej do złożenia zamówienia