

ZAMÓWIENIE

Prosimy o przesłanie zgłoszenia na adres: szkolenia@apexnet.pl

Dane odbiorcy (proszę wpisać DRUKOWANYMI LITERAMI)

Pełna nazwa:		NIP:
Ulica:	Kod pocztowy:	Miejscowość:
Osoba do kontaktu:	Tel:	E-mail:
Proszę o przesłanie faktury na adres e-mail:		

Dane nabywcy (wypełniać tylko w przypadku, gdy są inne niż dane odbiorcy)

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

Szkolenie

 Tytuł szkolenia:	 Miasto:	 Termin:
Nowa ustawa Pzp - warsztat dla wykonawców medycznych	ONLINE	18-19 stycznia 2021

Zgłaszamy do udziału w ww. szkoleniu następujące osoby:

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

☐ 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 odbytych szkoleniu (za wyjątkiem Studium PZP, pakietów szkoleniowych i szkoleń wideo).

☐ 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. Więcej informacji o przetwarzaniu danych osobowych przez ApexNet znajduje się w Polityce Prywatności dostępnej na stronie internetowej www.apexnet.pl

☐ Akceptuję regulamin szkoleń otwartych i regulamin strony internetowej ApexNet dostępny na stronie internetowej www.apexnet.pl

☐ Proszę o kontakt w sprawie rezerwacji noclegu za pośrednictwem organizatora

.....
Data

.....
Podpis osoby upoważnionej do złożenia zamówienia