

# FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Zgłaszam swoje uczestnictwo w szkoleniu:

Imię i nazwisko

Miejsce pracy

Wykształcenie

Doświadczenie zawodowe

Adres

e-mail

telefon

rachunek

Tak / Nie

Uwagi dodatkowe

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Centrum Szkoleniowe MIND w celach marketingowych, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r.

Oświadczam, iż zapoznałem się i akceptuję postanowienia Regulaminu Szkoleń organizowanych przez Centrum Szkoleniowe MIND.

Data i podpis