FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA SZKOLENIA

„Metoda Audytywno-Werbalna w terapii dziecka z wadą słuchu"

Radom, 14.05.2019

IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA*	
ADRES DO KORESPONDENCJI	
TELEFON KONTAKTOWY	
ADRES E-MAIL	
MIEJSCE PRACY	
ZAWÓD	
DOŚWIADCZENIA ZAWODOWE ZWIĄZANE Z TEMATYKĄ SZKOLENIA	

DANE DO FAKTURY – WYPEŁNIĆ TYLKO, GDY KONIECZNE JEST JEJ WYSTAWIENIE

Uczestnik, który chciałby otrzymać fakturę z danymi pracodawcy, powinien dopilnować, aby wpłaty dokonano z konta delegującej instytucji.

NAZWA INSTYTUCJI LUB IMIĘ I NAZWISKO*	
ADRES INSTYTUCJI LUB ADRES PRYWATNY*	
NIP*	

*Pola obowiązkowe, prosimy wypełniać drukowanymi literami

.....

Miejscowość, data

Warunki uczestnictwa: rejestracja do **07.05.2019**, prosimy zainteresowane osoby o wypełnienie niniejszego formularza i przesłanie go na adres: szkolenia.radom@csim.pl

oraz dokonanie wpłaty po otrzymaniu informacji zwrotnej o pozytywnym przebiegu rejestracji jako uczestnik szkolenia na konto:
Instytut Narządów Zmysłów
Kajetany, ul. Mokra 1
05-830 Nadarzyn
Bank Pekao S.A.: **24 1240 1040 1111 0010 8372 2089**

Tytułem: należy wpisać nazwisko i imię uczestnika, termin, temat i miejsce szkolenia.