FORMULARZ ZAMÓWIENIA SZKOLENIA

organizowanego przez Akademię UpSkill

|  |
| --- |
| DANE SZKOLENIA |
| NAZWA SZKOLENIA |
| TERMIN SZKOLENIA | DODATKOWY TERMIN SZKOLENIA |
| CENA SZKOLENIA | MAKSYMALNA LICZBA UCZESTNIKÓW |
| USTALENIA DODATKOWE |
| DANE ORGANIZACJI - ZLECENIODAWCY |
| NAZWA |
| ADRES ULICA, NR BUDYNKU, NR LOKALU, KOD, MIEJSCOWOŚĆ |
| ADRES KOD, MIEJSCOWOŚĆ | TELEFON |
| E-MAIL |
| DANE OSOBY REPREZENTUJĄCEJ |
| NAZWISKO | IMIĘ |
| E-MAIL | TELEFON |
| DANE DO FAKTURY |
| NAZWA |
| ADRES ULICA, NR BUDYNKU, NR LOKALU |
| ADRES KOD, MIEJSCOWOŚĆ | NIP |

Podpis osoby uprawnionej do reprezentacji organizacji potwierdza przyjęcie przez Zleceniodawcę warunków finansowych oferty przedstawionej w aktualnym cenniku, akceptację zasad uczestnictwa w szkoleniach oraz sylabusa wybranego szkolenia dostępnych pod adresem www.Akademia.UpSkill.pl .

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentacji organizacji | data | podpis |
|  |  |  |