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 |
|  |  |  |