

Zamówienie szkolenia z pierwszej pomocy PCK

Po wypełnieniu prosimy odesłać formularz faxem na numer: (22) 407-83-18

DANE ZAMAWIAJĄCEGO

Data:

Nazwa:
 Adres wraz z kodem:
 NIP:

Osoba wyznaczona do kontaktów w sprawie szkolenia (proszę podać również numer telefonu):
tel:.....e-mail:.....

Rodzaj szkolenia (prelekcja, kurs: elementarny, podstawowy, zaawansowany, pediatryczny, AED, inne)	Data szkolenia	Liczba grup	Liczba osób (suma)	Miejsce szkolenia (u zamawiającego, w ośrodku PCK, inne)	Godzina rozpoczęcia kursu
...

Za odpowiednią liczbę osób na szkoleniu odpowiada zamawiający. Mniejsza liczba osób na szkoleniu nie zmniejsza kwoty faktury.
 Zgadzam się na przesłanie oferty szkoleń przypominających po 2 latach od ukończenia kursu: TAK \ NIE (niepotrzebne skreślić)

Wartość zamówienia: zł
 Forma płatności: przelew (zaświadczenia wysyłamy po opłaceniu faktury)

Numer fax do wysłania potwierdzenia przyjęcia zamówienia:

Dane do faktury (podać, jeśli inne niż dane zamawiającego):

Nazwa:
 Adres wraz z kodem:
 NIP:

**Miejsce na potwierdzenie przyjęcia zamówienia
 przez PCK (pieczęć i podpis):**

.....
 pieczęć zamawiającego

.....
 podpis zamawiającego