## FORMULARZ ZGŁOSZENIA UCZESTNICTWA W SZKOLENIU/SEMINARIUM/KONFERENCJI\*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Temat szkolenia/seminarium/konferencji:**  **ZARZĄDZANIE W KRYZYSIE** | | | | |
| **Termin i miejsce:**  **04.11.2020- Arkada Bussines Park ul. Fordońska 2 Bydgoszcz** | | | | |
| **Cena:\*\*** | | | | |
| **520,00** zł/ osoba +VAT- dla firm będących członkiem organizatora  **650,00** zł/osoba +VAT- dla firm nie będących członkiem organizatora  **650,00**zł/osoba +VAT- zlecenie w ramach Bazy Usług Rozwojowych (BUR), **ID wsparcia: ……………………………..** | | | | |
| **Dane klienta:** | | | | |
| **Nazwa:** | | | | |
| **Adres:** | | | | |
| **NIP:** | | | | |
| **Typ klienta:**  przedsiębiorca  osoba fizyczna  inny podmiot | | | | |
| **Wielkość przedsiębiorcy\*\*\*:**  mikro  mały  średni  duży | | | | |
| **Dane uczestnika** (w przypadku większej ilości osób należy zduplikować pola) **:** | | | | |
| **Imię i nazwisko** | **stanowisko** | **e-mail** | **telefon** | **dieta** |
|  |  |  |  | wegetariańska  bezglutenowa  inna …………………………… |
| **W przypadku braku miejsc na szkoleniu (o przyznaniu miejsca decyduje kolejność zgłoszeń) osoba zgłaszająca chęć udziału w szkoleniu zostanie poinformowana przez organizatora o zaistniałej sytuacji drogą mailową lub telefoniczną.** | | | | |
| **W przypadku nieprzybycia na szkolenie, bez uprzedzenia o rezygnacji najpóźniej na 5 dni przed terminem szkolenia, PPIK zastrzega sobie prawo do obciążenia w/w przedsiębiorstwa / osoby pełnymi kosztami szkolenia.** | | | | |
| **Zobowiązuję się do wniesienia opłaty za udział w ww. szkoleniu/seminarium/konferencji w terminie i na rachunek bankowy wskazany na fakturze pro forma otrzymanej po dokonaniu zgłoszenia na szkolenie.**  **Zobowiązuję się do wniesienia opłaty za zgłoszonego uczestnika, który nie przybył na ww. szkolenie/seminarium/konferencję.** | | | | |
| **Upoważniam PPIK do wystawienia faktury VAT.** | | | | |
| **Adres mailowy, na jaki należy dostarczyć FV** | | | | |
| **Oświadczam, że akceptuję Regulamin szkoleń i politykę prywatności dostępne na stronie internetowej www.pracodawcy.info.pl i zobowiązuje się do ich przestrzegania.** | | | | |
| **pieczęć firmowa\*\*\*\*** | | **data i podpis upoważnionej osoby** | | |

**\****zbędne wykreślić*

\*\**dotyczy tylko szkoleń, w których udział jest odpłatny*

*\*\*\* określana zgodnie z Załącznikiem I do Rozporządzenia KOMISJI (UE) NR 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r.*

*\*\*\*\* jeśli dotyczy*

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH\*\*\*\*\***

W związku z uczestnictwem w szkoleniu/seminarium/konferencji w terminie *(data) 04.11.2020r* organizowanym przez „Pracodawców Pomorza i Kujaw” Związek Pracodawców ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wskazanych w formularzu zgłoszenia uczestnictwa.Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

* administratorem tak zebranych danych osobowych jest „Pracodawcy Pomorza i Kujaw” Związek Pracodawców   
  z siedzibą w Bydgoszczy przy ul.Gdańskiej 141/3/6,
* moje dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji ww. szkolenia, ewaluacji, kontroli, monitoringu   
  i sprawozdawczości usług szkoleniowych realizowanych przez „Pracodawcy Pomorza i Kujaw” Związek Pracodawców.

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………… |
| *miejscowość i data* | *czytelny podpis uczestnika szkolenia* |

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH\*\*\*\*\***

W związku z uczestnictwem w szkoleniu/seminarium/konferencji w terminie *(data) 04.11.2020r* organizowanym przez „Pracodawców Pomorza i Kujaw” Związek Pracodawców ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wskazanych w formularzu zgłoszenia uczestnictwa.Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

* administratorem tak zebranych danych osobowych jest „Pracodawcy Pomorza i Kujaw” Związek Pracodawców   
  z siedzibą w Bydgoszczy przy ul.Gdańskiej 141/3/6,
* moje dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji ww. szkolenia, ewaluacji, kontroli, monitoringu  
   i sprawozdawczości usług szkoleniowych realizowanych przez „Pracodawcy Pomorza i Kujaw” Związek Pracodawców.

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………… |
| *miejscowość i data* | *czytelny podpis uczestnika szkolenia* |

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH\*\*\*\*\***

W związku z uczestnictwem w szkoleniu/seminarium/konferencji w terminie *(data) 04.11.2020r* organizowanym przez „Pracodawców Pomorza i Kujaw” Związek Pracodawców ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wskazanych w formularzu zgłoszenia uczestnictwa.Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

* administratorem tak zebranych danych osobowych jest „Pracodawcy Pomorza i Kujaw” Związek Pracodawców   
  z siedzibą w Bydgoszczy przy ul.Gdańskiej 141/3/6,
* moje dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji ww. szkolenia, ewaluacji, kontroli, monitoringu   
  i sprawozdawczości usług szkoleniowych realizowanych przez „Pracodawcy Pomorza i Kujaw” Związek Pracodawców.

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………… |
| *miejscowość i data* | *czytelny podpis uczestnika szkolenia* |

**\*\*\*\*\* oświadczenie wypełniane jest indywidualnie przez każdego zgłoszonego uczestnika szkolenia**