



IT MEDIA

OŚRODEK SZKOLENIOWY



AUTHORISED
Training Centre



macromedia®
ASSOCIATE PARTNER

COREL®

**TRAINING
PARTNER 2007**

Karta zgłoszenia

Osoby prywatnej

.....
Imię i nazwisko

Zgłaszam uczestnictwo w szkoleniu:

.....
w terminie: godzina:

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z regulaminem Ośrodka Szkoleniowego IT Media i zobowiązuję się do uiszczenia opłaty w wysokości:

W przypadku rezygnacji z kursu w terminie późniejszym niż 3 dni robocze przed jego rozpoczęciem zobowiązuję się do uiszczenia 30% wartości szkolenia

Dane do wystawienia faktury Vat:

nazwisko i imię*:

adres fakturowania:

adres do korespondencji:

NIP/PESEL:

tel.:

data urodzenia:

e-mail:

data wypełnienia karty:

.....
podpis osoby przyjmującej zgłoszenie

.....
podpis

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych zgodnie z ustawą z dn. 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 133, poz. 883) przez firmę IT Media z siedzibą w Warszawie. IT Media zapewnia Państwu prawo wglądu do swoich danych i ich aktualizacji.

IT Media s.c. Jacek Chojnowski, Jolanta Zbrzezna

ul. Jagiellońska 88, 03-215 Warszawa, Tel: +48 (22) 678 38 87, Fax: +48 (22) 678 36 41, www.itmedia.pl, szkolenia@itmedia.pl

NIP 524 23 65 558, PKO BP IV O/W-wa, Numer IBAN 50 10205558 11111244 1270 0192