



**INSTYTUT TRANSPORTU SAMOCHODOWEGO**

03-301 Warszawa; ul. Jagiellońska 80  
tel. +48-22-814-12-35; fax. +48-22-814-12-35



# UZUPEŁNIAJĄCE JEDNODNIOWE SZKOLENIE DLA DIAGNOSTÓW

FORMULARZ NALEŻY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE, WIELKIMI LITERAMI

## Dane uczestnika:

Nazwisko:

Imię:

Data urodzenia:

Miejsce urodzenia:

Osoba bezrobotna: tak  nie

Osoba skierowana na szkolenie przez Urząd Pracy: tak  nie

## Dane płatnika:

Nazwa firmy:

Ulica:

Kod pocztowy:

Miasto:

NIP:

Telefon: + 48-()

Fax: + 48-()

e-mail:

**Kontakt: dr inż. Marcin Rychter  
Instytut Transportu Samochodowego  
Jagiellońska 80; 03-301 Warszawa  
tel.: 22 814-12-35  
fax: 22 814-12-35  
e-mail: marcin.rychter@its.waw.pl**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w powyższym formularzu zgłoszenia uczestnictwa dla potrzeb zorganizowania szkolenia, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. nr 133, poz. 833). Ustalenie dokładnego terminu szkolenia po otrzymaniu przez ITS wypełnionego formularza.

W przypadku rezygnacji z uczestnictwa w terminie do 14 dni przed datą rozpoczęcia szkolenia (liczy się data wpływu oświadczenia o odstąpieniu od umowy w formie pisemnej do ITS) Zamawiającemu przysługuje zwrot całości ceny szkolenia. Zamawiający wyraża zgodę na to, że w przypadku rezygnacji przez Zamawiającego ze szkolenia w terminie krótszym niż 14 dni od dnia rozpoczęcia szkolenia lub nie wzięcia udziału w szkoleniu, ITS zachowuje prawo do pełnego wynagrodzenia.

## Data i podpis osoby zgłaszającej

..... - ..... - .....

DZIEŃ- MIESIĄC- ROK

PODPIS