**ZGŁOSZENIE REZYGNACJI ZE SZKOLENIA**

|  |
| --- |
| **DANE FIRMY** |
| **NAZWA** |  |
| **ADRES** |  |
| **NUMER NIP** |  |

|  |
| --- |
| **DANE OSOBY KONTAKTOWEJ** |
| **NAZWISKO I IMIĘ** |  |
| **STANOWISKO** |  |
| **TELEFON** |  |
| **EMAIL** |  |

|  |
| --- |
| **SZKOLENIE** |
| **1.** | **NAZWA** |  |
| **2.** | **TERMIN** |  |

|  |
| --- |
| **REZYGNACJA ZE SZKOLENIA - DANE OSÓB**  |
| **NAZWISKO I IMIĘ** | **CAŁKOWITA** | **PROŚBA O ZMIANĘ SZKOLENIA NA:** |
| TAK | NIE | PROSZĘ PODAĆ NAZWĘ I TERMIN  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **OSOBA UPRAWNIONA DO REPREZENTOWANIA FIRMY** |  |
| **PIECZĘĆ FIRMY** |  |