**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** |  |