

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Nazwa szkolenia	
Data i miejsce szkolenia	Poznań
Cena za osobę netto	

UCZESTNICY SZKOLENIA

Imię i nazwisko	adres e-mail	telefon

DANE PŁATNIKA

Nazwa Firmy / Imię i nazwisko	
Adres	
NIP	
Telefon	
Adres e-mail na który będzie przesłania faktura	

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w formularzu zgłoszeniowym przez FastForward Tomasz Superczyński z siedzibą w Poznaniu (60-262) ul. Głogowska 88a/29, NIP 5581759337, na potrzeby szkolenia QA Pharma, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2016 r. poz. 922).

Zapoznałam/Zapoznałem się z *Regulaminem szkoleń* QA Pharma i akceptuję go w pełni i bez zastrzeżeń.

TAK NIE Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji o kolejnych szkoleniach QA Pharma na podany w zgłoszeniu adres e-mail.

PIECZĘĆ FIRMY, DATA, PODPIS OSOBY UPOWAŻNIONEJ

Wypełniony i podpisany formularz należy zeskanować i przesłać na adres mailowy kontakt@qapharma.pl W odpowiedzi prześlemy potwierdzenie przyjęcia zgłoszenia.