



Akademia CAD Consult

43-100 TYCHY ul. Nowokościelna 30
Oddział 30-059 KRAKÓW ul. Mickiewicza 30
tel.032 219 0 220 tel.032 219 0 218
fax: 032 219 0 217
www: cad-akademia.pl

Zgłoszenie uczestnictwa w szkoleniu

1. Proszę o zarezerwowanie miejsca na następujących szkoleniach

<input type="checkbox"/> AutoCAD	<i>podstawowy</i>	<i>termin.....</i>
<input type="checkbox"/> AutoCAD	<i>zaawansowany</i>	<i>termin</i>
<input type="checkbox"/> AutoCAD	<i>praca w 3D</i>	<i>termin.....</i>
<input type="checkbox"/> AutoCAD MAP 3D	<i>podstawowy</i>	<i>termin.....</i>
<input type="checkbox"/> AutoCAD MAP 3D	<i>zaawansowany</i>	<i>termin.....</i>
<input type="checkbox"/> AutoCAD Civil 3D	<i>podstawowy</i>	<i>termin.....</i>
<input type="checkbox"/> AutoCAD Civil 3D	<i>zaawansowany</i>	<i>termin.....</i>
<input type="checkbox"/> AutoCAD Mechanical	<i>podstawowy</i>	<i>termin.....</i>
<input type="checkbox"/> Inventor	<i>podstawowy</i>	<i>termin.....</i>
<input type="checkbox"/> Inventor	<i>zaawansowany</i>	<i>termin.....</i>
<input type="checkbox"/> Wiselimage		<i>termin.....</i>
<input type="checkbox"/> Revit Architecture	<i>podst./zaawan.</i>	<i>termin.....</i>
<input type="checkbox"/> Revit Structure	<i>podst./zaawan.</i>	<i>termin.....</i>
<input type="checkbox"/> Microsoft Word	<i>podst./zaawans.</i>	<i>termin.....</i>
<input type="checkbox"/> Microsoft Excel	<i>podst./zaawans.</i>	<i>termin.....</i>
<input type="checkbox"/> Microsoft VISUAL BASIC	<i>podst./zaawans.</i>	<i>termin.....</i>
<input type="checkbox"/> Microsoft Access	<i>podst./zaawans.</i>	<i>termin.....</i>
<input type="checkbox"/> Microsoft Project	<i>podst./zaawans.</i>	<i>termin.....</i>
<input type="checkbox"/> Microsoft PowerPoint	<i>podstawowy</i>	<i>termin.....</i>

Lp.	IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA	DATA URODZENIA*	MIEJSCE URODZENIA*	ADRES E-MAIL
1.				

*Informacje potrzebne do wystawienia certyfikatu Autodesk oraz zaświadczenia o ukończeniu kursu, proszę o wpis drukowanymi literami.

DANE DO WYSTAWIENIA FAKTURY VAT

Nazwa płatnika:

Adres:Miasto:.....Kod:.....Tel:.....

NIP:

Koszt szkolenia brutto.....

Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby uprawnionej do akceptacji kosztów:

.....
/Data wypełnienia zgłoszenia/

.....
/Podpis i pieczęć osoby uprawnionej do akceptacji kosztów:/

Niniejsze zgłoszenie stanowi upoważnienie do wystawienia faktury VAT .

UWAGA!

1. Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania potwierdza przyjęcie przez Klienta warunków finansowych naszej oferty oraz akceptację ogólnych warunków świadczenia usług przez CAD Consult.
2. Rezygnacja ze szkolenia może nastąpić najpóźniej na 3 dni robocze przed terminem kursu w formie pisemnej. W przeciwnym wypadku Klient będzie zobowiązany ponieść pełne koszty szkolenia.
3. Przesłane zgłoszenie skutkuje zawarciem umowy w świetle kodeksu cywilnego.
4. Obecność na zajęciach podczas szkolenia obowiązkowa pod rygorem nie otrzymania certyfikatu.

„Wyrażam zgodę na przetwarzanie powyższych danych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz.926, z późn. zm.) do celów informatycznych i marketingowych przez Akademię CAD Consult”