



ZAKŁAD DOSKONALENIA KADR – KOMAG sp. z o.o.

ul. Pszczyńska 37. 44–101 Gliwice. tel./fax. 032 2374682

Adres do korespondencji: 44-101 Gliwice, ul. Łużycka 16

Zgłoszenie - Zamówienie udziału w szkoleniu

.....
(Podać pełną nazwę kursu)

Dane firmy do faktury (PROSIMY O WYPEŁNIENIE FORMULARZA DRUKOWANYMI LITERAMI)

Nazwa firmy:

Adres

firmy:

Adres do korespondencji (jeśli inny niż powyżej):

.....

tel.: fax:

NIP e-mail.....

Upoważniamy Zakład Doskonalenia Kadr-KOMAG sp. z o.o. do wystawienia faktury VAT bez podpisu odbiorcy

Zgłaszamy udział następujących osób w szkoleniu:

Lp.	Nazwisko i imię	Zajmowane stanowisko
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Nazwisko i imię zgłaszającego.....tel

.....
data/podpis osoby umocowanej do zaciągania zobowiązań w imieniu zgłaszającego

Sąd Rejonowy w Gliwicach

X Wydz. Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego

KRS 0000022117 Kapitał Zakładowy : 50 000 PLN

www.zdk-komag.pl biuro@zdk-komag.pl

Konto: GETIN Noble Bank S.A. O Gliwice

81 1560 0013 2367 1714 9064 0001

NIP: 631-23-24-833, REGON 277587364