



.....
data, miejscowość

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

(wypełniony formularz proszę przestać na szkolenia@klinikaxp.pl)

TEMAT: Komunikacja z Klientem i jego obsługa w Klinice XP

Termin: **17 września 2024 / 18 września 2024** (niepotrzebne skreślić)

godz: **10:00 – 17:00**

Miejsce: **Hotel FOR-REST, ul. Racula – Głogowska 4a, 66-004 Zielona Góra; <https://for-rest.pl>**

Dane uczestnika / uczestników:

Lp	Imię i nazwisko	Adres e-mail	Danie wege

*Podanie adresu email oznacza wyrażenie zgody na przesyłanie ofert / materiałów szkoleniowych

Dane do faktury:

Nazwa firmy / Imię i nazwisko	
Ulica:	
Kod pocztowy, miejscowość	
NIP	
Adres e-mail*	

*Podanie adresu email oznacza wyrażenie zgody na przesłanie faktury za szkolenie drogą elektroniczną

.....
(podpis zgłaszającego, pieczęć firmowa)