Formularz Zgłoszeniowy

Formularz prosimy przesłać na e-mail:
szkolenia@polfarmed.com.pl

Szkolenia

DATA: 31 grudnia 2026
MIEJSCE: ,

Dane personalne uczestników oraz firmy:

Imię i nazwisko uczestnika: _____

_____

Nazwa firmy: _____

Adres firmy: _____

NIP: _____

Tel: _____

Fax: _____

E-mail: _____

Dane do faktury VAT

Proszę o przesłanie faktury proforma na adres e-mail/fax: _____

☐ cena netto dla członków Izby: 0,00 PLN

☐ cena netto dla pozostałych uczestników: 0,00 PLN

do ceny należy doliczyć podatek VAT 23 %

Warunki uczestnictwa:
• Cena obejmuje prelekcje, materiały i certyfikat.
• Po otrzymaniu zgłoszenia prześlemy Państwu potwierdzenie udziału w szkoleniu.
• Z chwilą potwierdzenia udziału następuje zawarcie wiążącej umowy pomiędzy zgłaszającym a POLFARMED.
• Wpłaty należy dokonać nie wcześniej niż 7 dni przed datą szkolenia i nie później niż 2 dni przed rozpoczęciem szkolenia na konto: 97 1240 1037 1111 0000 0691 8529
• Rezygnację z udziału należy przesyłać w formie pisemnej.
• W przypadku rezygnacji w terminie krótszym niż 7 dni od daty szkolenia POLFARMED ma prawo obciążenia opłatą manipulacyjną w wysokości 30% ceny szkolenia + VAT.
• W przypadku rezygnacji w terminie krótszym niż 3 dni przed rozpoczęciem szkolenia pobierane jest 100% opłaty.
• Nieodwołanie zgłoszenia lub niewzięcie udziału w szkoleniu skutkuje obciążeniem pełnymi kosztami udziału.
• Niedokonanie wpłaty nie jest jednoznaczne z rezygnacją z udziału.
• Zamiast zgłoszonej osoby w szkoleniu może wziąć udział inna osoba, wskazana przez firmę zgłaszającą.
• Organizator zastrzega sobie prawo do zmian w programie i odwołania szkolenia z ważnych przyczyn. Jednocześnie organizator powiadomi uczestników o zmianach i odwołaniu szkolenia jak również zwróci wpłacone kwoty.

☐ **Proszę o wystawienie faktury VAT.**

Oświadczamy że akceptujemy warunki uczestnictwa w szkoleniu
oraz zobowiązujemy się do zapłaty.

podpis i pieczątka

POLFARMED
szkolenia@polfarmed.com.pl
www.polfarmed.pl