 **POMORSKI REGIONALNY ZWIĄZEK REWIZYJNY SPÓŁDZIELNI**

 **81-874 Sopot, ul. M. Reja 13/15**

 <https://pomorskizwiazek.pl>.**; tel. 663729399**

 **e-mail: biuro@pomorskizwiazek.pl**

 **KRS 0001066508; REGON 526819744; NIP 5851502454**

**ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA W SZKOLENIU:**

Temat:  **Ochrona sygnalistów – wdrożenie nowych przepisów.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa uczestnika** (do faktury) |   |
| **Adres** |   |
| **Kod pocztowy** |   |
| **Miejscowość** |   |
| **Poczta** (jeśli inna niż miejscowość |   |
| **Nr NIP** |   |
| **Osoba do kontaktu** |   |
| **numer telefonu** |   |
| **E-mail** |   |
| **E-mail do przesłania FV** (jeśli inny niż powyżej) |   |

Termin:  **16 września 2024 r.** **godz. 9**.**00 -15.00**  Miejsce: **SM „Suchanino” Gdańsk,**

**ul. Karola Kurpińskiego 21**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lista osób zgłaszanych na szkolenie** (proszę wpisać e-mail i nr tel. do kontaktu z uczestnikiem) | **E-mail** | **Numer telefonu** |
| 1. |   |   |
| 2. |   |   |
| 3. |   |   |
| 4. |   |   |
| 5. |   |   |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cena szkolenia netto** | **Zwolnienie z podatku VAT\*** (należy zaznaczyć "+" jeśli dotyczy) | **Cena szkolenia brutto**  (23% VAT) | **Liczba uczestników** | **Razem** (wartość zgłoszenia brutto) |
|   |   |   |   |   |

\*Zwolnienie z podatku VAT przysługuje podmiotom opłacającym szkolenie częściowo (minimum w 70%) lub w całości ze środków publicznych.

**Warunkiem zapisania się na szkolenie jest wypełnienie i odesłanie niniejszego formularza zgłoszeniowego na adres e-mail:** **t.nizniowski@pomorskizwiazek.pl**

**Warunki płatności**

Forma płatności to przedpłata na konto nie później niż 14 dni przed rozpoczęciem szkolenia.

Należność prosimy przekazać na konto bankowe nr **26 8300 0009 0009 0949 2000 0010.**

Cena obejmuje szkolenie, materiały szkoleniowe, bufet kawowy w trakcie szkolenia.

Upoważniam Pomorski Regionalny Związek Rewizyjny Spółdzielni do wystawienia faktury VAT bez podpisu odbiorcy oraz wyrażam zgodę na otrzymywanie faktur drogą elektroniczną.

………………………………………………… ………………………………………………………. ………………………………………………………….

 Data Pieczęć firmowa Czytelny podpis osoby upoważnionej

 do zgłoszenia uczestników szkolenia