

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

OCHRONA +

17 kwietnia 2019

Ul. Koszykowa 61, I piętro MINDSPACE

Prosimy o potwierdzenie udziału seminarium poprzez wypełnienie i podpisanie niniejszego formularza. Wypełniony formularz prosimy przesać do Biura Związku na adres: biuro@pzpochrona.pl

IMIĘ I NAZWISKO STANOWISKO	
PEŁNA NAZWA FIRMY	
ADRES	
NIP	
TELEFON	
EMAIL	

Zgłaszam chęć udziału:



Udział bezpłatny (*)



Udział płatny 150 zł (**)



posiłek 50 zł (***)

(*) Udział jest bezpłatny dla firm członkowskich

(**) Udział jest płatny dla pozostałych firm

(***) Opłatę za posiłek należy dokonać na konto PKO 21 1020 1068 0000 1102 0073 1414

Opłatę za udział w seminarium należy dokonać przelewem na rachunek Polskiego Związku Pracodawców Ochrona do dnia 16 kwietnia: **PKO: 21 1020 1068 0000 1102 0073 1414**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Polski Związek Pracodawców Ochrona, 00-680 Warszawa, ul. Poznańska 3/12, danych zawartych w niniejszym formularzu zgłoszenia, w myśl przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) w zakresie prowadzonej przez Polski Związek Pracodawców Ochrona działalności statutowej oraz zgodnie z Ustawą z dnia 18.07.2002 r. (Dz. U. nr 144, poz. 1204) o świadczeniu usług drogą elektroniczną, która weszła w życie 10.03.2003 r. Wyrażam również zgodę na umieszczenie danych w bazie adresowej Polskiego Związku Pracodawców Ochrona zachowując prawo do ich wglądu, poprawiania lub usunięcia oraz na przekazanie danych teleadresowych partnerom seminarium.

Data, miejscowość

Podpis i pieczęć firmy

.....

.....