FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

**Data szkolenia: 19.02.2016 r.**

**Numer identyfikacyjny zakładu\*:** **…………………….**

**Identyfikacja podmiotu zgłaszającego**

Nazwa …...……………..……………………………………………………………………...…………..

Adres …………………………………………………………………………………..…………………

REGON …………………………

NIP …………………………

**Dane uczestnika** (osoba upoważniona/wskazany przedstawiciel do sporządzania i wprowadzania raportu dla zakładu/podmiotu)

Imię ………………………………………………………..

Nazwisko ………………………………………….............

Stanowisko służbowe ..……………………………………

Nr telefonu +48……………..

E-mail ………………………..

……………………. …………………………………………..

Miejscowość, data Podpis i pieczątka osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu

* Szkolenie jest bezpłatne, z uwagi na ograniczoną liczbę miejsc o udziale w szkoleniu decyduje kolejność zgłoszeń. **Zakwalifikowani uczestnicy zostaną poinformowani o tym drogą mailową**.
* Formularz zgłoszeniowy należy opieczętować, podpisać i **zeskanowany przesłać, na adres e-mail:** formularze@kobize.pl podając w tytule maila **datę szkolenie**.
* Formularz przesłany w inny sposób lub po tym terminie nie będzie brany pod uwagę.
* Szkolenie przeprowadzone zostanie w siedzibie KOBiZE, przy ulicy Chmielnej 132/134 w Warszawie w godzinach 10:00-13:00.
* KOBiZE nie pokrywa kosztów dojazdu do Warszawy i powrotu z Warszawy.

\*6-cyfrowy unikalny numer identyfikacyjny zakładu. Numer ten jest nadawany przez Krajowy ośrodek, po pozytywnym rozpatrzeniu wniosku o utworzenie konta w Krajowej bazie i przesyłany w wiadomości e-mail do wskazanych we wniosku upoważnionych przedstawicieli do prowadzenia sprawozdawczości dla danego zakładu, jest on również widoczny na koncie w Krajowej bazie.