

KARTA ZGŁOSZENIA NA SZKOLENIE

Formularz można uzupełnić elektronicznie lub odręcznie i przesłać na adres: info@cdsomnia.pl

Szkolenie

Nazwa szkolenia	
Termin szkolenia	
Forma / miejsce	Online / stacjonarnie:

Uczestnik / uczestnicy

Imię	Nazwisko	E-mail uczestnika	Telefon (opcjonalnie)

Każdy uczestnik otrzymuje indywidualny dostęp do szkolenia. Dostęp zostanie przekazany na wskazany adres e-mail najpóźniej 24 godziny przed terminem szkolenia.

Dane Nabywcy

Nazwa instytucji / firmy	
NIP	
Ulica i numer	
Kod pocztowy i miasto	
E-mail do faktury	
Telefon	

Rodzaj podmiotu - wybór obowiązkowy

- ☐ Samorząd
- ☐ Szkoła / placówka samorządowa
- ☐ Szkoła / placówka dotowana

Dane Odbiorcy

- ☐ Odbiorca jest taki sam jak Nabywca

Nazwa instytucji / firmy	
NIP	
Ulica i numer	
Kod pocztowy i miasto	

Źródło finansowania i charakter szkolenia - wybór obowiązkowy

- ☐ Szkolenie w zakresie kształcenia zawodowego lub przekwalifikowania zawodowego finansowane w całości ze środków publicznych - zwolnienie z VAT na podstawie art. 43 ust. 1 pkt 29 lit. c ustawy o VAT.
- ☐ Szkolenie w zakresie kształcenia zawodowego lub przekwalifikowania zawodowego finansowane od 70% do 99,9% ze środków publicznych - zwolnienie z VAT na podstawie § 3 ust. 1 pkt 14 Rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie zwolnień od podatku od towarów i usług.
- ☐ Inne finansowanie lub charakter szkolenia - brak zwolnienia z VAT.

Wybór typu podmiotu oraz źródła finansowania szkolenia jest obowiązkowy i niezbędny do złożenia zamówienia.

Uwagi do zamówienia

Zgody i oświadczenia

- ☐ Przeczytałem/am i akceptuję Regulamin szkoleń CDS OMNIA. (obowiązkowe)
- ☐ Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji handlowych, w tym informacji o nowych szkoleniach organizowanych przez CDS OMNIA s.c., za pomocą środków komunikacji elektronicznej. Zgodę można wycofać w dowolnym momencie. (opcjonalne)

Płatność

Przelew bankowy. Termin płatności: 14 dni od dnia wystawienia faktury VAT. Faktura VAT zostanie wystawiona po przeprowadzeniu szkolenia i przekazana do KSeF.

Miejscowość i data	
Imię i nazwisko osoby zgłaszającej / podpis	