### FORMULARZ ZAMÓWIENIA – KURS SZKOLENIOWY KOMAKO

|  |  |
| --- | --- |
| **ORGANIZATOR KURSU** | KOMAKO AKADEMIA S.C.  Aleja Prymasa Tysiąclecia 46, 01-242 Warszawa, NIP: 5272602810 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Informacje Dotyczące Zamawianego Kursu:** | | | |
| **Nazwa** | **Cena za osobę** | **Miasto** | **Termin** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Wybierz program /podkreśl właściwy/** | Norma PRO **lub** Norma EXPERT/Norma STANDARD2/STANDARD356 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Zamawiający /Nazwa Firmy/** |  |
| **Adres /ulica, kod, miejscowość/** |  |
| **Kontakt /telefon, faks, e-mail/** |  |
| **Nr identyfikacyjny /NIP/** |  |
| **Zgłaszający /Imię i Nazwisko, kontakt/** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OSOBA PRYWATNA jeśli chce otrzymać fakturę vat powinna podać nr nip** | **TAK, chcę FVat**  (podaję nr NIP) | **NIE**  (rezygnuję z FVat) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Czy chcesz otrzymywać informacje Mailowe o promocjach dotyczacych szkoleń i oprogramowania? Nie spamujemy – maks. 1 mail tygodniowo**  Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez grupę KOMAKO, tj. podmioty: KOMAKO Sp. z o.o., BUTORG Sp. z o.o., ENOKO Sp. z o.o., KOMAKO AKADEMIA S.C. w celach marketingowych. Jestem świadomy, iż moja zgoda może być w każdym czasie odwołana. Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016). | **TAK / NIE**  (podkreśl właściwe) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Uczestnicy Kursu /Imię i Nazwisko / w razie potrzeby prosimy załączyć listę uczestników /** | |
| 1. | 5. |
| 2. | 6. |
| 3. | 7. |
| 4. | 8. |

Należność za uczestnictwo w kursie Zamawiający zobowiązuje się uregulować najpóźniej w terminie 3 dni przed rozpoczęciem szkolenia na podstawie PRO FORMA, którą otrzyma po złożeniu niniejszego zamówienia emailem.

KOMAKO AKADEMIA zastrzega sobie prawo ostatecznego ustalenia innych sposobów płatności.

Zamawiający upoważnia firmę KOMAKO AKADEMIA do wystawienia faktury VAT bez podpisu odbiorcy.

Podpis osoby uprawnionej do akceptacji zamówienia potwierdza przyjęcie przez Zamawiającego warunków finansowych oferty KOMAKO AKADEMIA ujętych w aktualnym cenniku oraz akceptację ogólnych warunków świadczenia usług szkoleniowych przez KOMAKO AKADEMIA wymienionych w regulaminie.

Działając w imieniu Kursantów, wyrażam zgodę na przetwarzanie przez KOMAKO AKADEMIA S.C. danych osobowych uczestników w celu realizacji zamówienia, zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016). Oświadczam, iż dane zostały podane dobrowolnie i zapoznałem się z poniższą klauzulą informacyjną oraz pouczeniem dotyczącym prawa dostępu do treści moich danych i możliwości ich poprawienia. Jestem świadomy, iż moja zgoda może być w każdym czasie odwołana.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko osoby uprawnionej do akceptacji zamówienia** | **Data** | **Podpis** |
|  |  |  |