|  |  |
| --- | --- |
| **Carl Zeiss Sp. z o.o.**  |   |
| **Zamówienie na udział w szkoleniu**  | **Strona 1/1** |
|  **Zgłaszamy udział w Warsztatach AUKOM:**Temat: **Szkolenie AUKOM Poziom 1**Termin i miejsce: **Wybierz termin i miejsce**  Godziny zajęć: **08:00 – 16:00** Adres szkolenia:**Carl Zeiss Sp. z o.o. ul. Łopuszańska 32, 02-220 Warszawa** **Carl Zeiss Sp. z o.o. ul. Strzelecka 72, 43-109 Tychy** Koszt:  **8 050,00 PLN netto za jednego uczestnika, za cały kurs (5 dni szkolenia)** **14 893,00 PLN netto za dwóch uczestników, za cały kurs (5 dni szkolenia)** **21 333,00 PLN netto za trzech uczestników, za cały kurs (5 dni szkolenia)** Warunki płatności: **14 dni po otrzymaniu faktury** lub **100% przedpłata\*** \*w zależności od firmy, decyduje Carl Zeiss Program szkolenia: w załączeniu Inne: **Każdy uczestnik, który zda egzamin, otrzyma certyfikat oraz protokół ze szkolenia** **Każdego dnia szkolenia zostanie zapewniony obiad** Termin przesyłania zgłoszeń: **5 tygodni przed terminem szkolenia\*\*** **\*\*** w przypadku bardzo dużej liczby uczestników decyduje kolejność zgłoszeń, dla pozostałych zostanie podjęta próba wyznaczenia nowego terminu |
| **Firma:** **Adres:****NIP:****Liczba uczestników:** **Imię i nazwisko uczestników:** **1.** **2.** **3.      Oświadczam, że akceptujemy przedstawione powyżej warunki uczestnictwa.****Osoba zamawiająca** (musi posiadać umocowanie w KRS)lub **prosimy o przesłanie oficjalnego zamówienia na Państwa druku** |
| Imię i nazwisko: Stanowisko: e-mail:      Data:       | podpis: ...............................  telefon:  |
| Zgłoszenie pisemne należy przesłać w postaci elektronicznej na adres:e-mail: **service.metrology.pl@zeiss.com** tel. 22 205 55 24 |