|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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: **7 550,00 PLN netto za jednego uczestnika, za cały kurs (5 dni szkolenia)** **13 213,00 PLN netto za dwóch uczestników, za cały kurs (5 dni szkolenia)** **17 743,00 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:** | | |
| 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 | | |