**Formularz zgłoszeniowy**

Prosimy o wypełnienie formularza zgłoszeniowego i przesłanie pod adres: kontakt@fundacjahpd.pl wraz załącznikami

|  |  |
| --- | --- |
| Temat szkolenia:  | **AMBASADOR DZIECKA** |
|  Data szkolenia: | **9-12.12.2021** |
| Cena szkolenia: | **1058 zł / nocleg w pokoju dwuosobowym****911 zł / nocleg w pokoju jednoosobowym** |

***Dane zgłoszeniowe:***

|  |  |
| --- | --- |
| Instytucja Zgłaszająca |  |
| Adres Instytucji |  |
| NIP Instytucji |  |
| Imię i nazwisko Uczestnika |  | Telefon: |
|  | Mail: |
| Stanowisko |  |
| Adres zamieszkaniaUczestnika |  |
|  |
| NIP uczestnika |  |

***Warunki uczestnictwa***

W przypadku wycofania zgłoszenia w terminie późniejszym niż 7 dni przed szkoleniem, uczestnik zostanie obciążony kosztem w wysokości 50% wartości zamówienia. Odwołanie zgłoszenia musi być dokonane w formie pisemnej. Możliwe jest zgłoszenie zastępstwa uczestnika inną osobą.

Organizator zastrzega sobie prawo do odwołania szkolenia oraz zmiany ekspertów z przyczyn niezależnych od organizatora szkolenia.

Nieobecność uczestnika na szkoleniu bez uprzedniego poinformowania, powoduje obciążenie pełnymi kosztami udziału. Nieobecność na szkoleniu nie zwalnia z dokonania opłaty.

Wypełnienie i przesłanie niniejszego zgłoszenia pocztą e-mail na adres:

Wraz z potwierdzeniem wysłane zostaną dane do przelewu.

***Do zgłoszenia zostają dołączone następujące załączniki:***

[ ZAŁACZNIK NR 1] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Opis przebiegu pracy zawodowej

[ZAŁACZNIK NR 2 ] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rekomendacja 1

[ZAŁACZNIK NR 3 ] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rekomendacja 2

***Potwierdzenie zgłoszenia:***

Po otrzymaniu formularza zgłoszenia prześlemy Państwu potwierdzenie uczestnictwa w szkoleniu.

 ………………….. …………………………………………..

 data i pieczęć podpis

*Załącznik nr 1*

**Opis przebiegu pracy zawodowej Uczestnika**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko Uczestnika |  | Telefon: |
|  | Mail: |
| Stanowisko |  |

|  |
| --- |
| *Proszę opisać przebieg pracy zawodowej Uczestnika* ***(maksymalnie 1500 znaków ze spacjami)*** |