# Z G Ł O S Z E N I E *- wysłać niezwłocznie na adres organizatora szkolenia – PU NOVUM Kielce (poczta, załącznik do e-mail lub fax)*

**KURS UBÓJ ZWIERZĄT - DOBROSTAN**

Podmiot gospodarczy (pełna nazwa) ........................................................................................................................... **PŁATNIK VAT tak / nie**

Adres kodem pocztowym) ……………………………………………………………… właściwe zaznaczyć

 ………………………………………………………………………………..

jeśli płatnik VAT - NIP: ……………………….…

Telefon kontaktowy ………………………….

Nazwisko osoby do kontaktu ……………………………………………

 **Kierujemy do szkolenia na kursie UBÓJ ZWIERZĄT - DOBROSTAN nw. osoby:**

 Należność za udział w szkoleniu, w kwocie brutto: ……… (osób) x …………… = ................... zł (słownie: ................................................

..................................................................................................... złotych) uregulujemy przelewem na konto organizatora szkolenia - PU NOVUM.

 Upoważniamy Przedsiębiorstwo Usługowe NOVUM w Kielcach NIP: 657-00-77-712 do wystawienia faktury VAT bez naszego podpisu na kopii. Fakturę VAT za usługę prosimy przesłać na nasz adres (przesyłka pocztowa lub elektronicznie).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię** | **Nazwisko** | **Seria i nr dowodu osobistego** | **PESEL** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich (podanych) danych osobowych w celu realizacji zamówienia, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych. Zostałem poinformowany, że podanie danych ma charakter dobrowolny, ale jest niezbędne do realizacji usługi oraz, że przysługuje mi prawo wglądu do tych danych, możliwość ich poprawiania i żądania zaprzestania przetwarzania. Administratorem danych jest PU NOVUM, z siedzibą: 25-512 Kielce, ul. Warszawska 5/30. Zostałem także poinformowany i wyrażam na to zgodę, że w przypadku ukończenia kursu podane dane osobowe zostaną przekazane i będą administrowane przez Powiatowy Inspektorat Weterynarii w Kielcach (25-116 Kielce, ul. Ściegiennego 203) gdzie również mam możliwość ich przeglądania, poprawiania oraz żądania zaprzestania przetwarzania.*

....................................................................... .............................................

 Miejscowość, data Pieczęć firmowa Dyrektor / Prezes lub Gł. księgowy