|  |
| --- |
| **PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE KARTY ZGŁOSZENIA**  |
| **REGIONALNA IZBA OBRACHUNKOWA W KIELCACH25-520 Kielce, ul. Targowa 18****tel. 41 368 11 22; fax 41 344 59 01** |
| **KARTA ZGŁOSZENIA NA SZKOLENIE** |
| **TEMAT szkolenia:**  | **ZAMKNIĘCIE KSIĄG RACHUNKOWYCH ZA 2016 ROK** |
| **TERMIN szkolenia:** | **WYBRANY TERMIN PROSZĘ ZAKREŚLIĆ KÓŁKIEM** |
| **9 luty 2017 r.** | **10 luty 2017 r.** | **15 luty 2017 r.** |
| **MIEJSCE szkolenia:** | **BEST WESTERN Grand Hotel**Kielce ul. Sienkiewicza 78  |
| **Dane Jednostki (do wystawienia rachunku):** |
| **Nazwa:** |
| **Adres:** | **Kod:** |
| **NIP:** | **Miejscowość:** |
| **Tel.: /Fax.:** | **e-mail:**  |
| **Dane Uczestnika:** |
| **1.Imię:** | **Nazwisko:** |
| **Stanowisko:** | **Tel.:** |
| **2.Imię:** | **Nazwisko:** |
| **Stanowisko:** | **Tel.:** |
| **3.Imię:** | **Nazwisko:** |
| **Stanowisko:** | **Tel.:** |
| Warunkiem uczestnictwa jest przesłanie karty zgłoszenia w terminie **do 23 stycznia 2017 r**. |
| **Akceptujemy warunki szkolenia i zobowiązujemy się do dokonania opłaty za szkolenie**  |
| **Pieczęć**  | **Podpis** |