|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE KARTY ZGŁOSZENIA** | | | | | |
| **REGIONALNA IZBA OBRACHUNKOWA W KIELCACH 25-520 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** | | |