Stowarzyszenie Księgowych w Polsce Oddział Okręgowy w Warszawie Centrum Edukacji Zawodowej

**01 – 231 Warszawa, ul. Płocka 17 lok. 25 – tel. 22 862 52 93, 22 862 35 75, 22 862 35 76, fax 22 862 52 95**

# **ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA W ZJĘCIACH POWTÓRZENIOWYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **I. Kurs podstaw rachunkowości (85,00 zł. od osoby) - 6 godzin** | | | |
|  | **16 września 2023 r.** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **II. Kurs dla samodzielnych księgowych (bilansistów) – specjalistów ds. rachunkowości (229,00 zł. od osoby) - 16 godzin** | | | |
|  | **16, 17 września 2023 r.** |  |  |
| **III. Kurs dla kandydatów na głównych księgowych (239,00 zł. od osoby) – 16 godzin** | | | |
|  | **16, 17 września 2022 r.** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **IV. Kurs „Kadry i płace w praktyce” (179,00 zł. od osoby) – 12 godzin** | | | |
|  | **9, 10 września 2022 r.** |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko |  | Imiona |  | |
| Adres zameldowania | ul.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr domu \_\_\_\_\_\_\_ m.\_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Kod pocztowy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Poczta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **Adres zamieszkania lub adres do korespondencji** | ul.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr domu \_\_\_\_\_\_\_ m.\_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Kod pocztowy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Poczta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **Telefon komórkowy** |  | Data urodzenia | |  |
| **Miejsce urodzenia**  **(w tym województwo)** |  | | | |
| **PESEL uczestnika** |  | **Wykształcenie** | | podstawowe, gimnazjalne, zasadnicze, średnie wyższe[[1]](#footnote-1) |
| **Miejsce pracy** |  | **Lata praktyki** | |  |
| **Zajmowane stanowisko** |  | **e-mail** | |  |
| **Rabaty** | członek zwyczajny SKwP/członek wspierający SKwP/osoba kontynuująca/inny zgodny z \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1 | | | |
| **Zapłata za kurs** | ratalna/na podstawie faktury proformy/przedpłata/inne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1 | | | |

**ZGODA NA WYKORZYSTANIE – PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Stowarzyszenie Księgowych w Polsce Oddział Okręgowy w Warszawie w celach związanych z organizacją i realizacją kursów (szkoleń) przez placówkę kształcenia ustawicznego pod nazwą Stowarzyszenie Księgowych w Polsce Oddział Okręgowy w Warszawie Centrum Edukacji Zawodowej, w tym przeprowadzanych egzaminów, a także w celu wydania dokumentów poświadczających odbycie kursu (szkolenia) oraz wyników przeprowadzonego egzaminu. |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Stowarzyszenie Księgowych w Polsce w celach marketingowych w tym m.in. dla informowania o aktualnych akcjach promocyjnych i aktualnej ofercie. |
|  |
|  |

Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję Ogólne **warunki świadczenia usług szkoleniowych organizowanych przez** placówki kształcenia ustawicznego pod nazwą Stowarzyszenie Księgowych w Polsce Oddział Okręgowy w Warszawie Centrum Edukacji Zawodowej, w którym to dokumencie znajdują się klauzule informacyjne dotyczące przetwarzania danych osobowych (paragrafy 9 i 9a).

Oświadczam, że akceptuję otrzymywanie faktury w formie elektronicznej

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis uczestnika \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Fakturę proszę wystawić na (wypełnić, jeżeli zapłaty dokonuje firma):***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** |  | | |
| **Adres siedziby firmy** |  | | |
| **Adres do korespondencji** |  | | |
| **NIP firmy** |  | E-mail |  |
| **Telefon do firmy** |  | Fax |  |

\*) niepotrzebne skreślić

Oświadczamy, że akceptujemy otrzymywanie faktur w formie elektronicznej na adres \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osób reprezentujących firmę zgłaszającą uczestnika \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)