

## Formularz zgłoszeniowy

Nazwa szkolenia:	
Data szkolenia:	
Miejsce szkolenia:	
Uczestnicy (imiona i nazwiska)	1.
	2.
	3.

### Informacje dot. organizacji

Nazwa Firmy:		
Adres:	Ulica	
	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	NIP/VAT	

### Informacje dot. osoby kontaktowej

Imię i nazwisko:	
Stanowisko:	
Telefon:	
Mail:	

Potwierdzamy, że oficjalnie zamawiamy usługi Automotive Quality Solution zgodnie z opisem w formularzu zgłoszeniowym. Wpłata dla szkoleń otwartych będzie zrealizowana najpóźniej 30 dni po wystawieniu faktury za szkolenie.

.....  
Data oraz imię i nazwisko osoby kontaktowej

.....  
Podpis i pieczęćka

Proszę o przesłanie formularza zgłoszeniowego pod adres:

[info@automotivequal.com](mailto:info@automotivequal.com)