



## FORMULARZ ZAMÓWIENIA

### Szkolenie Ochrony Danych Osobowych w Oświacie

#### Dane zamawiającego

Nazwa Jednostki:

Adres:

Kod Pocztowy, Miejscowość:

NIP:

E-mail kontaktowy:

Telefon kontaktowy:

#### Dane do faktury

jeżeli są inne niż zamawiającego

Nazwa Jednostki

Adres

Kod Pocztowy, Miejscowość

NIP:

#### Dane odbiorców

Nazwa Jednostki

Adres

Kod Pocztowy, Miejscowość

NIP:

#### Szkolenie

Nazwa szkolenia:

Termin szkolenia:

Imię i Nazwisko osoby zgłaszającej:

Cena szkolenia:

Osoby zgłoszone do szkolenia:

**Cena szkolenia: 599 zł netto\***  
**dla 1 osoby**

**Cena szkolenia: 799 zł netto\***  
**dla 2 osób z jednej placówki oświatowej**

(np. Dyrektor jako administrator oraz Inspektor Ochrony Danych lub osoba zajmująca się ochroną danych w jednostce).

Oświadczam, że jesteśmy uprawnieni do otrzymywania faktur i upoważniamy Polskie Centrum Bezpieczeństwa i Prewencji do wystawienia faktury bez naszego podpisu. Należność uregulujemy, w ciągu 7 dni od daty wystawienia faktury, na konto: Santander Bank Polska, nr rachunku: 32 1090 2066 0000 0001 4184 6879.

Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z treścią klauzuli informacyjnej wynikającej z Rozporządzenia Ogólnego o Danych Osobowych.

Prosimy przelać wypełniony i podpisany formularz zgłoszenia w formie skanu na adres e-mail: [sekretariat@centrumbip.pl](mailto:sekretariat@centrumbip.pl).

-----  
Data zamówienia

-----  
Pieczętka

-----  
Podpis

Osoby upoważnionej do złożenia zamówienia