



FORMULARZ ZAMÓWIENIA

Szkolenie Ochrony Danych

Dane zamawiającego

Nazwa Jednostki:

Adres:

Kod Pocztowy, Miejscowość:

NIP:

E-mail kontaktowy:

Telefon kontaktowy:

Wybierz pakiet

- Szkolenie
- Szkolenie +
- Szkolenie +6
- Szkolenie +12
- Abonament +12
- Licencja dla szkoły

Dane do faktury

jeżeli są inne niż zamawiającego

Nazwa Jednostki

Adres

Kod Pocztowy, Miejscowość

NIP:

Dane odbiorców

Nazwa Jednostki

Adres

Kod Pocztowy, Miejscowość

NIP:

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 przesłać wypełniony i podpisany formularz zgłoszenia w formie skanu na adres e-mail: szkolenia@centrumbip.pl

Data zamówienia

Pieczętka

Podpis

Osoby upoważnionej do złożenia zamówienia