**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**KURS PRZYGOTOWUJĄCY NA STUDIA**

**Leszczyńskie Centrum Biznesu Sp. z o.o., Inkubator Przedsiębiorczości  
ul. Geodetów 1, 64-100 Leszno**

Koszt udziału**:** 3000 zł brutto / kurs (60 zł lekcja) - możliwa płatność w ratach

Uczestnicy: młodzież w wieku 16-18 lat, grupa 4-5 osobowa   
Wymiar czasowy: 50 godzin lekcyjnych - 25 spotkań po 1,5 h  
Termin: luty 2018 - czerwiec 2018; w piątki od 16:00 do 17:30

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko uczestnika | Adres zamieszkania | | Data urodzenia | Telefon kontaktowy | e-mail |
| 1 |  |  | |  |  |  |
| Dane do faktury VAT (jeśli życzycie sobie Państwo otrzymać FV) | | | | | | |
| Imię i nazwisko : | | |  | | | |
| *Adres* | | |  | | | |

1. Wypełniony i podpisany formularz zgłoszenia prosimy dostarczyć mailem na adres: [lcb@lcb.leszno.pl](mailto:lcb@lcb.leszno.pl)
2. Podpisanie formularza zgłoszeniowego oznacza akceptację regulaminu pracowni komputerowej.
3. Przesłanie podpisanego **Formularza Zgłoszeniowego** jest podstawą do umieszczenia zgłoszonych osób na liście uczestników.
4. Przesłany Formularz Zgłoszeniowy zobowiązuje do uczestnictwa w szkoleniu w pełnym wymiarze godzin w terminie wskazanym na Formularzu. Organizator zastrzega sobie prawo obciążenia zgłoszonej osoby fizycznej kosztami organizacji szkolenia, również w przypadku braku obecności na szkoleniu.
5. Zastrzegamy sobie możliwość odwołania szkolenia w przypadku niewystarczającej liczby uczestników

**Zakwalifikowanie uczestnika na szkolenie nastąpi po dokonaniu wpłaty na konto Leszczyńskiego Centrum Biznesu sp. z o.o.: 48 1020 4027 0000 1902 0810 7064 z dopiskiem PROGRAMOWANIE – STUDIA**

**Kolejność wpływających na konto LCB wpłat będzie decydowała o kolejności zakwalifikowania do udziału w szkoleniu. Liczba miejsc ograniczona!**

Wyrażam również zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego dziecka oraz jego wizerunku w związku z udziałem w KURSIE PROGRAMOWANIA w Inkubatorze Przedsiębiorczości w Lesznie

.............................................................................

Podpis rodzica/opiekuna lub pełnoletniego uczestnika szkolenia