CENTRUM KSZTAŁCENIA Dental Service

FORMULARZ ZGŁOSZENIA

Temat szkolenia: Komunikacja z wymagającym pacjentem – szkolenie dla rejestracji
Data: 25.03.2025 r.

Dane uczestnika szkolenia:

Imię i nazwisko: ……..

Adres e-mail: ……

Telefon:……

Dane do faktury:

Faktura pro forma – (do wyboru) tak/nie

Nazwa firmy: .....

Adres:.....
.....

NIP: ….....

Adres e-mail: ……

Telefon:……

Dane do wpłaty:
Dental Service Sp. z o.o.
Ul. Niedziałkowskiego 25
71-410 Szczecin
PKO BP: PL 85 1020 4795 0000 9802 0092 9679
Tytuł wpłaty: Szkolenie dla rejestracji, 25.03.2025 r, imię i nazwisko uczestnika

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w powyższym formularzu w celach szkoleniowych oraz marketingowych przez Dental Service Sp. z o.o., kontakt: sekretariat@dental.szczecin.pl

Wyrażam zgodę na dostarczenie faktury w formie elektronicznej na wskazany w formularzu adres.

CENTRUM KSZTAŁCENIA
Dental Service

Centrum Kształcenia Dental Service
Ul. Niedziałkowskiego 25
71-410 Szczecin