|  |  |
| --- | --- |
| Dane Firmy:  **P.H.U.”WERTYKAL” s.c.**  Jan Lipiarski, Krystyn Lipiarski  ul. Rodziny Poganów 76  NIP: 5130093669 REGON: 120098090  tel. 12 346 12 18 | Miejsce szkolenia:  **CENTRUM SZKOLENIOWE WERTYKAL**  ul. Łąkowa 1  32-080 Zabierzów |

**ZGŁOSZENIE NA SZKOLENIE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa szkolenia:** | GWO BST Working at Heights – 2 dni | | GWO BST Manual Handling – 1 dzień | |
| GWO BST First Aid – 2 dni | | GWO BST Fire Awareness – 1 dzień | |
| **Termin szkolenia:** |  | **Cena szkolenia:** | |  |
| **Osoba zgłaszająca:** |  | **Telefon kontaktowy:** | |  |
| **Dane do faktury:** |  | | | |
| **Adres:** |  | **NIP:** | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lista uczestników szkolenia – imię, nazwisko, data i miejsce urodzenia, ID WINDA** | | | |
| **LP.** | **Imię i Nazwisko** | **Data i miejsce urodzenia** | **ID WINDA** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |

**Warunki uczestnictwa w szkoleniu:**

* Wiek powyżej 18 lat,
* Ważne zaświadczenie lekarskie do pracy na wysokości powyżej 3m,
* Posiadanie numeru ID WINDA
* Posiadanie jednego dokumentu ze zdjęciem stwierdzające tożsamość Kursanta
* Przestrzeganie regulaminu szkolenia