FORMULARZ ZGŁOSZENIA – Badanie MINDSONAR
zgłoszenie udziału w Badaniu MindSonar

Niniejszy Formularz Zgłoszenia - podpisany skan proszę odesłać na adres e-mail: ewa@isd.pl z dopiskiem MindSonar. Formularz prosimy uzupełnić drukowanymi literami.

|  |
| --- |
| **Dane Płatnika:** |
| Pełna nazwa firmy |  |
| Pełny adres firmy(ulica, numer lokalu, kod pocztowy – Miasto) |  |
| NIP: |  |
| **Dane do osoby kontaktowej** |
| Imię i nazwisko |  |
| Stanowisko |  |
| Adres e-mail i nr telefonu |  |

|  |
| --- |
| Dane Uczestników Badania MindSonar® |
| L.p. | Imię i nazwisko | Dział / Stanowisko | Adres e-mail / Telefon | Potwierdzenie omówienia Testu |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

JA NIŻEJ PODPISANA/Y OŚWIADCZAM, ŻE:

 Jesteśmy płatnikiem VAT. Upoważniam Instytut Skutecznego Działania Ewa Grudzień do wystawienia faktury
 VAT bez podpisu odbiorcy.

 Nie jesteśmy płatnikiem VAT. Proszę o wystawienie faktury VAT bez podania numeru NIP i podpisu odbiorcy.

………………………………………………………………….
Miejscowość i data

………………………………………………………………….. ……….……………………………………………………………………………
Pieczątka Przedsiębiorstwa / Organizacji Podpis osoby odpowiedzialnej za reprezentowanie

Przedsiębiorstwa zgodnie z dokumentem rejestrowym