

## „KASZUBSKA AKADEMIA PRZEDSIĘBIORCZOŚCI”

### Formularz zgłoszeniowy

DANE UCZESTNIKA SZKOLENIA	
Imię i Nazwisko/Nazwa:	
Adres zamieszkania/ Siedziba firmy:	
Telefon/fax:	
E-mail:	
BRANŻA:	
DANE ORGANIZACJI KIERUJĄCEJ	
Nazwa organizacji:	
Adres:	
Telefon/fax:	
E-mail:	
Zajmowane stanowisko:	

Deklaruję udział w niżej wymienionych szkoleniach:

LP.	NAZWA SZKOLENIA	data	Godzina (wybrać)	PODPIS UCZESTNIKA (czytelny)
1	"Jak założyć swoją działalność gospodarczą?"	05.05.2015	10.00	
			16.00	
2	"Jak napisać Biznes Plan?"	12.05.2015	10.00	
			16.00	
3	"Podstawy księgowości"	19.05.2015	10.00	
			16.00	
4	"Marketing w małej firmie"	26.05.2015	10.00	
			16.00	

Podpisanie formularza zobowiązuje do uczestnictwa we wszystkich zadeklarowanych szkoleniach. Ewentualną nieobecność należy zgłosić najpóźniej na 3 dni przed planowaną datą szkolenia, w celu uzupełnienia grupy kolejną osobą z listy rezerwowej.

Podpisanie formularza oznacza zgodę na utrwalenie wizerunku w formie zdjęć/filmu i wykorzystanie go przez Pomorski Inkubator Przedsiębiorczości oraz Operatora Grantu i Donatorów Funduszu Grantowego FIR w ramach promocji Kaszubskiej Akademii Przedsiębiorczości oraz do dokumentacji projektu.

**Deklaruję chęć skorzystania z konsultacji biznesowych.**

Konsultacje odbywać się będą od 10 do 31 maja 2015 r.

Termin i godzina konsultacji do ustalenia indywidualnie pod nr tel. (58) 333 90 15  
lub mailowo na adres [biuro@inkubatorkoscierzyna.com.pl](mailto:biuro@inkubatorkoscierzyna.com.pl)

Podpisanie formularza zobowiązuje do uczestnictwa w konsultacjach. Ewentualną nieobecność należy zgłosić najpóźniej na 3 dni przed planowaną datą konsultacji, w celu uzupełnienia grupy kolejną osobą z listy rezerwowej.

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(czytelny podpis uczestnika)

**Deklaruję chęć skorzystania z indywidualnego doradztwa specjalistycznego.  
Maksymalnie 1 firma skorzystać będzie mogła z 3h dowolnego doradztwa.**

LP.	Zakres doradztwa	Proponowana data	PODPIS UCZESTNIKA (czytelny)
1	Prawne		
2	Biznesowe		
3	Marketingowe		
4	Księgowe		
5	Zewnętrzne finansowanie firmy		
6	Inne (proszę wpisać jakie?) .....		

Termin i godzina konsultacji do ustalenia indywidualnie pod nr tel. (58) 333 90 15  
lub mailowo na adres [biuro@inkubatorkoscierzyna.com.pl](mailto:biuro@inkubatorkoscierzyna.com.pl)

Podpisanie formularza zobowiązuje do uczestnictwa w konsultacjach. Ewentualną nieobecność należy zgłosić najpóźniej na 3 dni przed planowaną datą konsultacji, w celu uzupełnienia grupy kolejną osobą z listy rezerwowej.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby realizacji projektu zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych, Dz.U. nr 133, poz.883 z późn.zm.

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(czytelny podpis uczestnika)