



Formularz zgłoszenia uczestnictwa w szkoleniu

(Prosimy wypełnić drukowanymi literami
i przesłać mailem: biuro@smoker.com.pl)

Data szkolenia		
Miejsce szkolenia		
*Chcę przystąpić do Egzaminu w zakresie przygotowania potraw grill barbecue- „Kucharz Grill i Barbecue”	TAK	NIE

Imię i nazwisko	
PESEL / data urodzenia	
Miejsce urodz., województwo	
Adres do korespondencji	
Telefon kontaktowy	
E-mail	
Zawód	

Prosimy o wypełnienie mini ankiety		
Skąd Pan / Pani wie o szkoleniu i/lub walidacji (odpowiednie zaznacz krzyżykiem)	Ulotka / Prasa / Newsletter	
	www.gastrona.pl	
	www.smoker.com.pl	
	Internet (inna str. niż smoker, jaka ?)	
	Od znajomych	
	Inne (jakie?)	

Oświadczam, że:

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w formularzu dla potrzeb przeprowadzenia szkolenia.
- Akceptuję „Regulamin warunków uczestnictwa w kursach, warsztatach i szkoleniach oraz warunki rezygnacji”. (Szczegóły na str. www.smoker.com.pl)

.....
Data

.....
Podpis

CONS – MED SP. Z O. O.

AKADEMIA GRILLA, BBQ i WĘDZENIA SMOKER

Adres: Gabriela Narutowicza 42/1; 81-436 Gdynia; **Tel:** +48 607-221-623; **mail:** biuro@smoker.com.pl
NIP: 5862038546; **REGON:** 191999700; **KRS** 0000198003, **Nr konta:** 82 1050 1764 1000 0090 8112 4514
www.smoker.com.pl