

## HARMONOGRAM SZKOLEŃ

**Szkolenia organizowane w siedzibie firmy CONSULTRIX LUBLIN, AL. KRAŚNICKA 35, SALA 102**

SZKOLENIA OKRESOWE BHP	TERMIN SZKOLENIA	CENA
Szkolenie wstępne - stacjonarne	indywidualnie	<b>59,00 zł/os.</b>
Pracodawcy i osoby kierujące pracownikami <i>1 dzień+ materiał szkoleniowy w ramach uzupełnienia wiedzy</i>	26.11.2024 g.10 <sup>00</sup>	<b>159,00 zł/os.</b>
Pracownicy administracyjno-biurowi, nauczyciele, wychowawcy, informatycy, przedstawiciele handlowi, bibliotekarze, inspektorzy, kontrolerzy, lekarze, farmaceuci, personel medyczny	04.12.2024 g.10 <sup>00</sup>	<b>60,00 zł/os.</b>
Pracownicy na stanowiskach robotniczych	13.11.2024 g. 9 <sup>00</sup> lub 28.11.2024 g. 10 <sup>00</sup>	<b>55,00 zł/os.</b>
Szkolenie dla służby BHP <i>1 dzień + materiał szkoleniowy w ramach uzupełnienia wiedzy</i>	26.11.2024 g.10 <sup>00</sup>	<b>450,00 zł/os.</b>

Szkolenie w zakresie udzielania <b>pierwszej pomocy</b> przedmedycznej i obsługi AED	19.11.2024 g.9 <sup>00</sup>	<b>130,00 zł/os.</b>
--	------------------------------	----------------------

### KARTA ZGŁOSZENIA

.....  
data

.....  
*Nabywca lub os. prywatne - adres zameldowania*

.....  
*Odbiorca, gdy dot. innego podmiotu niż nabywca*

LP.	IMIĘ I NAZWISKO (CZYTELNIE)	DATA SZKOLENIA	STANOWISKO SŁUŻBOWE LUB RODZAJ SZKOLENIA
1.			
2.			
3.			
4.			

OSOBA DO KONTAKTU: ..... TEL: .....

E-MAIL: .....

Należność z tytułu uczestnictwa: ..... zł (plus ewentualna opłata 7,80 zł wysłania zaświadczenia za pośrednictwem Poczty Polskiej) przekażemy przelewem (7 dni) lub gotówką w dniu szkolenia.

Przedsiębiorstwo posiada numer NIP: .....

Przy braku informacji o nieobecności na 3 dni przed szkoleniem nabywca **pokrywa 70% kosztów szkolenia.**

.....  
*Podpis Dyrektora/Prezesa*