



## FORMULARZ UCZESTNICTWA W SZKOLENIU

Dane uczestnika szkolenia								
LP.	Nazwa - osoba kontaktowa	Nazwa firmy	Dane adresowe	NIP	telefon	DATA SZKOLENIA	NAZWA SZKOLENIA	DYSTRYBUTOR
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								

Dodatkowe informacje/Zapisy:  
Tel. +48(32)6036142 lub Tel. +48(32)6036143  
[checkstar@magnetimarelli.com](mailto:checkstar@magnetimarelli.com)