**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**PÓŁKOLONIE LETNIE  
LETNIA AKADEMIA POMYSŁÓW**

**Leszno, 28.07. – 01.08.2014**

**Leszczyńskie Centrum Biznesu Sp. z o.o., Inkubator Przedsiębiorczości  
ul. Geodetów 1, 64-100 Leszno**

Koszt udziału w półkoloniach: 250 zł brutto

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko dziecka | Adres zamieszkania | Data urodzenia | PESEL |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Dane do faktury VAT (jeśli życzycie sobie Państwo otrzymać FV) | |
| Imię i nazwisko : |  |
| *Adres* |  |

1. Wypełniony i podpisany formularz zgłoszenia prosimy dostarczyć mailem na adres: [lcb@lcb.leszno.pl](mailto:lcb@lcb.leszno.pl) Oryginały formularza, oświadczenia oraz karty kwalifikacyjnej uczestnika wypoczynku prosimy dostarczyć do dnia 11 lipca 2014 r. pod adres Leszczyńskie Centrum Biznesu Sp. z o.o., ul. Geodetów 1, 64-100 Leszno
2. Przesłanie podpisanego Formularza Zgłoszeniowego oraz dokonanie wpłaty na konto organizatora jest podstawą do umieszczenia zgłoszonych osób na liście uczestników
3. Zastrzegamy sobie możliwość odwołania półkolonii w przypadku niewystarczającej liczby uczestników.

**Zakwalifikowanie dziecka na półkolonie nastąpi po dokonaniu wpłaty na konto Leszczyńskiego Centrum Biznesu sp. z o.o.: 48 1020 4027 0000 1902 0810 7064 z dopiskiem PÓŁKOLONIE**

**Kolejność wpływających na konto LCB wpłat będzie decydowała o kolejności zakwalifikowania na półkolonie. Liczba miejsc ograniczona!**

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na udział mojej/mojego córki/syna ............................................................................ ur. ......................................, zam. ................................................................................................ w półkoloniach „LETNIA AKADEMIA POMYSŁÓW” organizowanych w terminie 28.07-01.08.2014 r. w Inkubatorze Przedsiębiorczości w Lesznie .

**Dziecko na zajęcia a także po nich będzie wracało samodzielnie / będę odbierać je osobiście (właściwe podkreślić).**

Telefon kontaktowy ......................................................................

Wyrażam również zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego dziecka oraz jego wizerunku w związku z udziałem w półkoloniach „LETNIA AKADEMIA POMYSŁÓW” w terminie 28.07-01.08.2014 r

……………………………………

Podpis rodzica/opiekuna