Sartissohn GmbH

docuvita Fachhandelsschulung

docuvita® Kompetenzzentrum

☐ Ja, gerne nehme/n ich/wir an Ihrer docuvita Schulung teil.

Personen: _____

_____

Vor- und Zuname/n der teilnehmenden Person/en (Änderungen bitte melden!).

Schulung: _____

_____

Schulungsbeschreibung und Datum

☐ Nein, leider kann ich nicht teilnemen. Ich erbitte weitere Informationen über:

- ☐ Senden Sie mir bitte das Gesamtangebot Ihres Systemhauses zu.
- ☐ Ich möchte gerne Ihren Newsletter zugeschickt bekommen.

Firma: _____

Ansprechpartner: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon/Telefax: _____

Email: _____

Die Sartissohn GmbH behält sich vor bei einer Erkrankung des Referenten die Schulung abzusagen.

Bitte beachten Sie, dass wir folgende Stornierungskosten in Rechnung stellen:
7 Werktage bis 3 Werktage vor Schulung: 30% der vereinbarten Leistungen,
3 Werktage bis 0 Werktage vor Schulung: 70% der vereinbarten Leistungen,
mindestens jedoch € 15,- Bearbeitungsgebühr.

_____

Datum, Firmenstempel, rechtsverbindliche Unterschrift