Πιστοποιημένο Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα



INTEGRATED REPORTING

CERTIFIED SEMINAR

**Οκτώβριος 2017**

 **ΦΟΡΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ**

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ**

|  |
| --- |
| ΕΠΩΝΥΜΟ: |
| ΟΝΟΜΑ: |
| ΤΜΗΜΑ: |
| ΤΙΤΛΟΣ/ΘΕΣΗ: |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ: FAX: |
| E-MAIL: |

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ**

|  |
| --- |
| ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ: |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: |
| ΠΟΛΗ: Τ.Κ |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ: FAX: |
| E- MAIL: |
| Α.Φ.Μ. ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ: Δ.Ο.Υ. ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ: |

**ΚΟΣΤΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΚΑΤ’ΑΤΟΜΟ:**

* Εισαγωγικό επίπεδο (introductory level διάρκειας 8 ωρών): 350 ευρώ \*
* Αναλυτικό επίπεδο (comprehensive level διάρκειας 16 ωρών): 550 ευρώ \*

\* Υπηρεσία Απαλλασσόμενη ΦΠΑ, βάσει του άρθρου 22. παρ.1 περιπτ. ιβ’ Ν.2859/2000

*Για περισσότερες συμμετοχές από τον ίδιο οργανισμό, παρέχεται έκπτωση 15% για κάθε συμμετέχοντα.*

Το πρόγραμμα μπορεί να **επιδοτηθεί** μέσω του **ΛΑΕΚ 0,24** του **ΟΑΕΔ**

*(προϋπόθεση είναι να αφορά ασφαλισμένο εργαζόμενο και να δηλωθεί στον ΟΑΕΔ έως πέντε (5) εργάσιμες πριν από την πραγματοποίησή του).*

Το κόστος συμμετοχής περιλαμβάνει:

* Εκπαιδευτικό υλικό (διαφάνειες παρουσιάσεων)
* Handbook: “The Integrated Reporting Cycle”
* CD/USB με υλικό και παραδείγματα από Integrated Reports
* Πιστοποιητικό από το διεθνή οργανισμό Integrated Reporting Council
* Γεύμα και coffee Breaks.

**Με την ολοκλήρωση του προγράμματος, οι συμμετέχοντες θα παραλάβουν**

**Πιστοποιητικό επιτυχούς συμμετοχής από το διεθνή οργανισμό Integrated Reporting Council.**

**ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ**

Η πληρωμή γίνεται με κατάθεση στον παρακάτω τραπεζικό λογαριασμό.

Τράπεζα: ΕΘΝΙΚΗ ΤΡΑΠΕΖΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

Αρ. Λογαριασμού : 668/470094-54

ΙΒΑΝ: GR 2601106680000066847009454

Δικαιούχος: GRANT THORNTON ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Η εξόφληση πρέπει να έχει ολοκληρωθεί πριν την ημερομηνία διεξαγωγής του σεμιναρίου.

**ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΑΚΥΡΩΣΗΣ**

Αιτήματα ακύρωσης συμμετοχής υποβάλλονται μόνο εγγράφως. Για αιτήματα ακύρωσης που παραλαμβάνονται έως και 2 Οκτωβρίου 2017 θα γίνεται επιστροφή του 100% του ποσού συμμετοχής.

**ΕΛΑΒΑ ΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΟΡΩΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΜΟΥ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ, ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΔΕΧΟΜΑΙ**

………………....................... .........................................

 (ημερομηνία) (σφραγίδα και υπογραφή)

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΑΠΟΣΤΕΙΛΑΤΕ ΤΗ ΦΟΡΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΜΑΖΙ ΜΕ ΤΗΝ ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΤΗΣ ΤΡΑΠΕΖΑΣ ΜΕ FAX ΣΤΟ 210 7212 222 Ή ΣΤΟ Elina.Vasiliadou@gr.gt.com