

**ISO 9001:2015 KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ REVİZYON EĞİTİMİ**

 **KAS 'ın BELİRLEDİĞİ ADRESTE:**

**Katılımcının :**

Adı Soyadı :

Adres :

E-posta :

Öğrenim durumu : Yası :

Telefon : Unvanı / Görevi :

Katılmak İstenen Eğitimin Adı :

Eğitim için Tercih edilen Yer / İl :

**Çalıştığı şirketin:**

Adı :

Telefon no : Fax no :

Adresi :

**MÜŞTERİNİN TALEP ETTİĞİ ADRESTE EĞİTİM TEKLİFİ TALEBİ:**

**Müşterinin** :

Adı : Email :

Telefon no : Fax no :

Adresi :

İstenen Eğitimin Adı:

Katılımcı Sayısı:

Eğitim Yeri (salon, yemekhane, ortak kullanım alanı vs) :

Bu eğitimden beklentileriniz ve diğer detaylar :

 **İZMİR:**Kazım Dirik Mah. Kurtuluş Cad. No:27 K:3 Bornova Tel:0.232.435 6100 Faks:0.232.435 61 20 egitim@kascert.com

 **İSTANBUL:** Namık Kemal Cad. Siyavuşpaşa Mah. No:1 K:3 D:3 Tınaztepe Apt. Bahçelievler egitim.istanbul@kascert.com