**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**Potwierdzenie udziału w szkoleniu „…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………”.**

 **w dniu …………………………. w godz. ………………………………..**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.**  | **Imię** | **Nazwisko** | **STOPIEŃ AWANSU ZAW.** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 **Dane do wystawienia rachunku:**

**Nazwa placówki: …………………………………**

**Adres placówki: ………………………………….**

**Kontakt telefoniczny:…………………………………**

**Adres mail: …………………………………….**

**NIP placówki:………………………………….**

Wyrażamy zgodę na przetwarzanie danych osobowych wyłącznie do celów związanych z uczestnictwem w szkoleniu.

**UCZESTNICY SZKOLENIA OTRZYMAJĄ CERTYFIKATY**

**Podpis i pieczęć Dyrektora**