



POWIATOWE CENTRUM EDUKACJI I POMOCY PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ
W WOŁOWIE

ul. Tadeusza Kościuszki 27, 56-100 Wołów
tel./fax (0 71) 389 21 00 e- mail : wpodn@wolowpce.pl www.wolowpce.pl

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA SZKOLENIE/WARSZTATY

**W przypadku rachunku wystawianego na placówkę,
wymagana jest akceptacja dyrektora!**

1. Potwierdzenie uczestnictwa w szkoleniu jest równoznaczne z przyjęciem zobowiązań płatności.
2. Rezygnacja z uczestnictwa jest możliwa najpóźniej na 3 dni roboczych przed datą szkolenia.
W przypadku powiadomienia na mniej niż 3 dni roboczych osoba, która się zgłosiła ponosi pełne koszty szkolenia.
3. W przypadku płatności nieterminowych naliczane będą odsetki.
4. Miejsce szkolenia: Powiatowe Centrum Edukacji i Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej w Wołowie ul. Tadeusza Kościuszki 27, 56-100 Wołów

Nazwa szkolenia:

.....

..... Termin szkolenia:.....

Imię i Nazwisko: PESEL

Data urodzenia:Miejsce urodzenia.....

Adres do korespondencji:

Telefon kontaktowy:

E-mail:

Przedmiot nauczany:

Miejsce pracy:

NIP szkoły/placówki:

REGON szkoły/placówki:

Forma płatności: przelewem na podstawie otrzymanego rachunku

Nabywca:

Faktura na GMINĘ/Placówkę Faktura na osobę Nota księgowa/ POWIAT prywatną

Szczegółowe dane do faktury: proszę wpisać Gminę/ Placówkę/ Powiat
(w przypadku faktury na osobę prywatną, proszę podać adres prywatny):

.....

.....

Formularz należy przesłać: faksem na nr 71 389 21 00, mailem: wpodn@wolowpce.pl

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz udostępnianie wizerunku przez Powiatowe Centrum Edukacji i Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej w Wołowie do celów informacyjnych i promocyjnych zgodnie z ustawą z dn.29.08.1997r. o ochronie danych osobowych, /Dz. U. z 2014r. poz. 1182 z późn. zm./

.....
pieczęć i podpis dyrektora*

.....
**podpis uczestnika
szkolenia**

*wymagane w przypadku przejęcia zobowiązania zapłaty przez placówkę