



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@wp.pl www.wolowpce.pl

ZAMÓWIENIE USŁUGI SZKOLENIOWEJ / RADY PEDAGOGICZNEJ

Dane firmy / instytucji składającej zamówienie (nazwa firmy/instytucji, dokładny adres):

.....
.....

NIP:

Osoba odpowiedzialna za zamówienie:

Telefon kontaktowy:

E-mail:

Informacje dotyczące zamawianego szkolenia:

TEMAT SZKOLENIA:

.....
.....

1. Termin szkolenia:

2. Czas trwania zajęć:

3. Miejsce szkolenia:

4. Przewidywana ilość uczestników:

5. Krótka charakterystyka uczestników szkolenia (stanowiska służbowe, grupy zawodowe, poziom wykształcenia)

.....
.....

6. Dodatkowe uwagi:

.....
.....

7. Cena szkolenia:

słownie:

.....
(pieczęć, data i podpis zamawiającego)

.....
(pieczęć i podpis przyjmującego zamówienie)