

**OŚRODEK SZKOLENIA ZAWODOWEGO „SOKRATES”  
UL. ROOSEVELTA 39, 41-800 ZABRZE**

Zabrze dnia.....

**Kurs pedagogiczny dla instruktorów praktycznej nauki zawodu kształcenia  
organizowany przez Ośrodek Szkolenia Zawodowego „SOKRATES”  
w Zabrzu przy ul. Roosevelta 39**

**DANE OSOBOWE** – proszę wypełniać DRUKOWANYMI literami

**IMIONA i NAZWISKO:** .....

**DATA URODZENIA :** .....**MIEJSCE URODZENIA** .....

**PESEL**.....

**województwo** .....

**ADRES DO WYSYŁKI MATERIAŁÓW SZKOLENIOWYCH:**

.....  
kod pocztowy

.....  
miejscowość

.....  
ulica nr domu i mieszkania

**tel. kontaktowy** .....

**e-mail :** .....

**Wykształcenie:**.....  
nazwa uczelni (SZKOŁY) kierunek rok ukończenia

**Miejsce pracy:** .....  
nazwa i adres placówki/szkoły, telefon

.....  
**ADRES DO FAKTURY**  
.....  
.....  
.....  
.....

***Jednocześnie zobowiązuję się do :***

- uiszczenia opłaty za udział w deklarowanej formie – PRZELEW w kwocie 650 ZŁ BRUTTO w terminie 2 dni przed rozpoczęciem kursu, bądź w dwóch ratach prze rozpoczęciem kursu i przed egzaminem.
- niepowielania otrzymanych materiałów od wykładowców Ośrodka Szkolenia Zawodowego „SOKRATES” bez zgody autora

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wyłącznie w zakresie niezbędnym dla mojego uczestnictwa w kursach organizowanych przez OŚRODEK SZKOLENIA ZAWODOWEGO „SOKRATES”- Placówka .*

**Dane do wpłaty na konto - przelew - nr konta ING - 31 1050 1588 1000 0023 2686 2899**

**Ośrodek Szkolenia Zawodowego „SOKRATES”**

**UL. ROOSEVELTA 39**

**41-800 ZABRZE**

**Status Ośrodka Doksztalcania i Doskonalenia Zawodowego (wpis do ewidencji Nr WO.I.4430.9.VIII-11.2011.MT)-aktualizowany w 2011 r. przez Urząd Miasta w Zabrze.**

.....

PODPIS I PIECZĘĆ ZAKŁADU PRACY

.....

PODPIS UCZESTNIKA