

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

Zabrze dnia.....

**Kurs pedagogiczny dla wykładowców pozaszkolnych form 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