INDYWIDUALNE ZGŁOSZENIE
NA SZKOLENIE

Nazwa formy: .....

……..

Liczba porządkowa według oferty: ..... .

Dane osobowe kandydata:

Nazwisko																						
Imiona																						

Miejsce zatrudnienia:

a) nazwa placówki:: .....

b) adres i tel. placówki: .....

……

c) powiat (ziemski, grodzki - nazwa): ….....

Stanowisko: .....

Nauczany przedmiot: .....

Adres do korespondencji: .....
(kod) *miejscowość)*

.....
(ulica, nr domu, nr mieszkania) *(telefon)* *(e-mail)*

.....
*(pieczęć i podpis dyrektora)**

**** dotyczy tylko grantów***

Oświadczenie kandydata:

1. Zgadzam się na użycie moich danych osobowych w celu stworzenia bazy danych W-M ODN w Olsztynie. Dane te są objęte ochroną i nie będą udostępniane osobom trzecim.
2. Zobowiązuję się do pokrycia kosztów szkolenia.

.....
(data i podpis)

Czytelnie wypełniony formularz prosimy przesłać pod adres organizatora:
W-M ODN w Olsztynie, 10-447 Olsztyn, ul. Głowackiego 17 tel. (89) 522-85-00, fax. (89) 522-85-25
lub Filia W-M ODN w Olecku, 19-400 Olecko, ul. Kopernika 6 tel. (87) 621-78-13
e-mail: wmodn@wmodn.olsztyn.pl, www.wmodn.olsztyn.pl
nr konta bankowego: 32 1240 5598 1111 0010 3723 3496