

**ZBIOROWE ZLECENIE  
NA PRZEPROWADZENIE KURSU / WARSZTATU  
W SZKOLE / PLACÓWCE**

1. Nazwa formy: .....
- .....
- Liczba porządkowa według oferty .....
2. Imię i nazwisko kierownika szkolenia: .....
- .....
3. Nazwa i adres zlecającego szkolenie: .....
4. Nazwa i adres płatnika: .....
- .....
- tel. .... NIP .....
5. Miejsce i proponowany termin szkolenia: .....
- .....
- .....
6. Liczba uczestników: .....
7. Zlecający zobowiązuje się do przekazania na konto Warmińsko-Mazurskiego Ośrodka Doskonalenia Nauczycieli w Olsztynie kosztów szkolenia
- wysokości: .....
  - .....
  - terminie do: .....
8. Zlecający przekaze do Warmińsko-Mazurskiego Ośrodka Doskonalenia Nauczycieli w Olsztynie lub Filii w Ełku imienną listę uczestników.

.....

*(miejscowość, dnia)*

.....

*(pieczęć i podpis dyrektora)*

---

*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 Ełku, 19-300 Ełk, ul. Kościuszki 25 tel. (87) 621-78-13

e-mail: wmodn@wmodn.olsztyn.pl

www.wmodn.olsztyn.pl

**nr konta bankowego: 79 1240 5598 1111 0010 3388 6441**