

**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 Elku 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. (0-89)) 522-85-00;

fax (0-89) 522-85-25 lub Filia W-M ODN w Elku, 19-300 Elk, ul. Kościuszki 25 tel. (0-87) 621-78-13

e-mail: wmodn@wmodn.olsztyn.pl

www.wmodn.olsztyn.pl

nr konta bankowego: 59 11602202 0000 0000 3236 2822