



IDYWIDUALNA KARTA ZGŁOSZENIA

Rodzaj i nazwa szkolenia:

.....

Imię i nazwisko:

Nazwa szkoły/placówki.....

.....

Adres szkoły/ placówki:

Kod pocztowy..... Miejscowość

Ul.

NIP: Tel.

e-mail:

Tel. prywatny **e-mail prywatny**

Nauczany przedmiot

Zajmowane stanowisko

Zgłoszenia prosimy kierować:

- listownie na adres: CDN TWP w Wyszkowie, ul. 3 Maja 12/1A, 07-200 Wyszków
- e-mailem: cdntwpwyszkow@wp.pl
- faxem: (29) 742 – 50 – 05,

Wpłatę na szkolenie należy dokonać w terminie 7 dni po otrzymaniu informacji z wyznaczoną datą rozpoczęcia szkolenia/ kursu.

Zastrzegamy sobie prawo odwołania zajęć lub zmiany terminu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach wewnętrznych przez CDN TWP w Wyszkowie zgodnie z przepisami ustawy z 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. nr 133 z 1997r., poz. 833 z późniejszymi zmianami)

.....
data i podpis uczestnika