

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
uczestnictwa w kursie/szkoleniu

UWAGA! formularz należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami

ZAKŁAD
DOSKONALENIA
ZAWODOWEGO
KALISZ**Zgłaszam uczestnictwo w poniższym kursie/szkoleniu organizowanym
przez Zakład Doskonalenia Zawodowego**

NAZWA KURSU:	
---------------------	--

DANE OSOBOWE:

Nazwisko		Imię/imiona	
Data urodzenia		Miejsce urodzenia	
PESEL		Obywatelstwo	

ADRES ZAMIESZKANIA:

Kod pocztowy		Miejscowość	
Ulica, nr domu		Województwo	

DANE KONTAKTOWE:

Nr telefonu		Adres e-mail	
-------------	--	--------------	--

WYKSZTAŁCENIE:

Wykształcenie	
---------------	--

MIEJSCE PRACY:

Pełna nazwa zakładu pracy	
Zajmowane stanowisko	

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Zakład Doskonalenia Zawodowego w celu prowadzenia działalności szkoleniowej i kursowej (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. Nr 133, poz. 883ze zmianami).

Potwierdzam zgodność danych zawartych w zgłoszeniu:

data	Czytelny podpis kandydata

Prosimy o udzielenie dodatkowej informacji – „Z jakich źródeł uzyskał(a) Pan(i) informację o kursie/szkoleniu? (prasa, radio, TV, folder ZDZ, Internet, mailing, facebook, ulotka reklamowa, zakładu pracy, od znajomych, rodziny, inne)”

- proszę wymienić odpowiednie

Informacje dodatkowe

<p>Wypełniony i podpisany formularz zgłoszeniowy prosimy dostarczyć: pocztą elektroniczną (e-mail), faxem, pocztą tradycyjną lub osobiście – dane adresowe poniżej. Dodatkowych informacji o kursie/szkoleniu można uzyskać pod numerem telefonu: 62 767-40-88 wew. 26 lub 27</p>

SKIEROWANIE NA SZKOLENIE PRZEZ ZAKŁAD PRACY

Kieruję Panią/Pana (nazwisko i imię):			
Koszt szkolenia w kwocie (zł.):		pokrywa	uczestnik kursu / zakład pracy *

* - niepotrzebne skreślić

data	Pieczętka zakładu pracy	Pieczętka i podpis osoby upoważnionej