

Wojewódzki Ośrodek Doskonalenia Nauczycieli KURSOR

ul. Partyzantów 9, 22-400 Zamość

.....
pieczętka szkoły/placówki zamawiającej szkolenie

.....
miejscowość, data

KARTA ZAMÓWIENIA SZKOLENIA
dla grupy zorganizowanej (rady pedagogicznej)

Nazwa szkoły/placówki zamawiającej szkolenie:.....
.....

Adres:
.....

Telefon/faks:..... e-mail:

NIP:

Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za organizację szkolenia:
.....

Nr formy szkoleniowej (jeżeli forma jest opisana w ofercie edukacyjnej):

Nazwa kursu/szkolenia:
.....

Adresaci szkolenia:

Liczba uczestników: Proponowana przez Zamawiającego liczba godzin:

Proponowane przez Zamawiającego miejsce realizacji:
.....

Proponowany przez Zamawiającego termin realizacji:
.....

.....
pieczętka imienna i podpis Zamawiającego