

<b>Formularz nr 21</b>	Edycja formularza: 1	Strona: 1/1
PROCES <b>POZYSKIWANIE KLIENTÓW I PARTNERÓW [PG-3]</b> PG-3 (C) Zawieranie umów z klientem indywidualnym	obowiązuje od: 01.09.2012 r.	



(pieczęć szkoły/placówki)

Dnia .....

**ŁÓDZKIE CENTRUM DOSKONALENIA NAUCZYCIELI  
I KSZTAŁCENIA PRAKTYCZNEGO**  
ul. Kopcińskiego 29  
90-142 Łódź

## KARTA ZGŁOSZENIA

RODZAJ USŁUGI EDUKACYJNEJ: **konferencja**

TEMAT USŁUGI EDUKACYJNEJ: **Monitorowanie losów absolwentów szkół zawodowych**

PROJEKTOWANY(E) TERMIN(Y)\* **24.02.2015r.**

KIEROWNIK/ORGANIZATOR: **Elżbieta Ciepucha - Obserwatorium Rynku Pracy dla Edukacji**

1. Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **PESEL** \_\_\_\_\_

2. Nazwa szkoły/placówki: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

kod pocztowy: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ tel. szkoły/placówki \_\_\_\_\_

miejscowość: .....ulica: ..... nr .....

3. Adres do korespondencji: kod poczt. \_\_\_\_ - \_\_\_\_ miejscowość: .....

ulica: ..... nr .....

4. Telefon \_\_\_\_\_ E-mail .....

5. Funkcja/stanowisko/przedmiot/specjalność .....

6. Opłatę za uczestnictwo w wysokości ..... pokrywa osoba .....

..... lub szkoła/placówka\*\* .....

imię i nazwisko, adres zamieszkania

NIP płatnika

\*\*Dane wpisać w przypadku, gdy ma być wystawiona faktura.

Wpłaty za uczestnictwo należy dokonać do dnia ..... na konto nr **52 1560 0013 2026 0040 3869 0005**

**Przyjmuję do wiadomości, że nieusprawiedliwiona nieobecność na zajęciach w ramach odpłatnej usługi edukacyjnej spowoduje obciążenie kosztami uczestnictwa.**

*Wyrażam zgodę na wprowadzenie do bazy danych i przetwarzanie moich danych osobowych obecnie i w przyszłości przez Łódzkie Centrum Doskonalenia Nauczycieli i Kształcenia Praktycznego (zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych-Dz. U. Nr 101 z 2002 r. poz. 926 z późniejszymi zmianami) w celach związanych z wydaniem zaświadczenia o ukończeniu usługi edukacyjnej, rekrutacją, monitoringiem, kontrolą i ewaluacją oraz w celu służbowego kontaktowania się ze mną.*

7. Podpis zgłaszającego się:

8. Akceptacja Dyrektora szkoły/placówki/firmy\*\*\*:

.....  
\*\*\* w przypadku ucznia niepełnoletniego, akceptacja jego rodziców

9. Imię i nazwisko nauczyciela szkoły upoważnionego do kontaktu z Centrum (dotyczy usług edukacyjnych dla uczniów):..... nr tel. ....

**Zgłoszenie można wysłać pocztą lub faksem pod numer (0-42) 678-10-85 do dnia 17.02.2015r.**

Zgłoszenie przyjął: ..... w dniu .....