

| | | |
|--|---------------------------------|----------------|
| Formularz nr 21 | Edycja formularza: 1 | Strona: 1/1 |
| PROCES POZYSKIWANIE KLIENTÓW I PARTNERÓW [PG-3] 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: **warsztaty**

TEMAT USŁUGI EDUKACYJNEJ: **Baza danych MS Access - narzędzie łatwego zbierania i magazynowania danych w praktycznych zastosowaniach**

PROJEKTOWANY(E) TERMIN(Y)*

KIEROWNIK/ORGANIZATOR: **Jarosław Tokarski-Observatorium 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 15,00 zł 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

Zgłoszenie przyjął: w dniu