



(pieczęć szkoły/placówki)

Dnia .....

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

**KARTA ZGŁOSZENIA  
KLIENTA INDYWIDUALNEGO**

RODZAJ USŁUGI EDUKACYJNEJ: **KONFERENCJA**

TEMAT USŁUGI EDUKACYJNEJ: **WSPÓLNIE NA RZECZ KSZTAŁCENIA ZAWODOWEGO.**

**KSZTAŁCENIE ZAWODOWE DLA RYNKU PRACY**

PROJEKTOWANY(E) TERMIN(Y)\* **11.10.2016** GODZ. **14.30** KIEROWNIK/ORGANIZATOR: **MARIA STOMPEL**

MIEJSCE: **ŁCDNIKP, KOPCIŃSKIEGO 29 SALA 210**

1. Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_

2. Nazwa szkoły/placówki: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

6. Podpis zgłaszającego się

Akceptacja Dyrektora szkoły/placówki/firmy

.....

.....

**Zgłoszenie proszę wysłać faksem pod numer (42) 678-10-85 lub mailem na adres [mstompel@gmail.com](mailto:mstompel@gmail.com) do dnia 10.10.2016 r.**