



Z W I Ą Z E K N A U C Z Y C I E L S T W A P O L S K I E G O Z G
OUPiS

OŚRODEK USŁUG PEDAGOGICZNYCH I SOCJALNYCH – PLACÓWKA
F I L I A W K A T O W I C A C H

40-015 Katowice, ul. Starowiejska 11

tel./fax.: 32 253-88-02

Rok założenia
1905

www.katowice.oupis.pl

e-mail: oupiskat@znp.edu.pl

ZAPRASZAMY

na szkolenie uzupełniające 8 godz. dydaktycznych

Zakładowy Społeczny Inspektor Pracy

w dniu **04 marca** 2015 od godz. 9⁰⁰ – 15⁰⁰/środa/

Zajęcia odbędą się w ZNP Zarządzie Oddziału

w Czeladzi, ul. Auby 14, telefon 32 265-99-15

Odpłatność od uczestnika 150,00 zł. *

**przelewem na wskazane konto po otrzymaniu faktury w dniu szkolenia.*

Płatnikiem za szkolenie jest placówka, w której uczestnik pełni funkcję ZSIP.

Uczestnicy otrzymują: zaświadczenie, legitymację ZSIP, oraz poczęstunek.

Kartę zgłoszenia prosimy przesłać do dnia 25/02/2015r.

tel./fax.: 32 253 88 02

/dostępna w załączniku lub na stronie www.katowice.oupis.pl/

Zapraszamy do korespondencji: ksztalcenie_oupiskat@znp.edu.pl

PROWADZIMY SZKOLENIA DLA RAD PEDAGOGICZNYCH

Pełna oferta na naszej stronie internetowej: www.katowice.oupis.pl

Szkolenia wspieramy wydawnictwami z biblioteczki ZNP OUPiS.



KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA
/PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI/

.....
TEMAT

DATA REALIZACJI

IMIĘ I NAZWISKO

Data urodzenia..... Miejsce ur.

Adres zamieszkania
(Kod pocztowy) (Miejscowość: Miasto/Wieś*/niepotrzebne skreślić)

.....
(Ulica, nr) (Telefon) (e-mail)

Miejsce zatrudnienia

.....
(Kod pocztowy) (Miejscowość) Miasto/Wieś*/niepotrzebne skreślić/

.....
(Ulica) (Nr) (Telefon) (e-mail)

Stanowisko Staż pracy stopień nauczyciela

Nauczany przedmiot

Kwota do zapłaty: PLN /GOTÓWKA*/PRZELEW*/
***/niepotrzebne skreślić/**

Dokładne dane do faktury placówki oświatowej placącej za szkolenie:

/nazwa szkoły, placówki, Wydział Edukacji, ZOJO itp./

Nazwa

Kod..... Miejscowość

ulica, nr NIP

OŚWIADCZENIE: Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) i umieszczenie ww. danych w bazie danych prowadzonej przez ZNP ZG OUPiS Filia w Katowicach. Jednocześnie oświadczam, że jest mi znane prawo wglądu do moich danych osobowych oraz ich poprawiania.

W PRZYPADKU BRAKU REZYGNACJI ZE SZKOLENIA UCZESTNIK ZOSTANIE OBCIĄŻONY KOSZTAMI

.....
(akceptacja dyrektora)

/

.....
(data)

.....
(podpis uczestnika)

(Wypełnioną kartę prosimy przesłać tel./fax: 32 253 88 02 lub e-mailem- dane j.w.)