



ZWIĄZEK NAUCZYCIELSTWA POLSKIEGO ZG

OUPiS

OŚRODEK USŁUG PEDAGOGICZNYCH I SOCJALNYCH – PLACÓWKA

FILIA W KATOWICACH

40-015 Katowice, ul. Starowiejska 11

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

Rok założenia
1905

www.katowice.oupis.pl

e-mail: ksztalcenie_oupiskat@znp.edu.pl

ZAPRASZAMY

na szkolenie podstawowe 18 godz. dydaktycznych

Zakładowy Społeczny Inspektor Pracy

w dniach **05 i 06 listopada** 2015 od godz. 9⁰⁰ – 16⁰⁰/czwartek-piątek/

Miejsce szkolenia: **Centrum Kulturalno Edukacyjne**

Czerwionka – Leszczyń, ul. 3 Maja 36 A

Odpłatność od uczestnika 290,00 zł,*

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

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

Uczestnicy otrzymują: poradnik ZSIP, księgę uwag i zaleceń, legitymację ZSIP,
zaświadczenie i fakturę VAT oraz poczęstunek.

Kartę zgłoszenia prosimy przesłać do dnia 30/10/2015r.

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 RAD PEDAGOGICZNYCH

w miejscu wskazanym przez zamawiającego wg Państwa potrzeb i życzeń.

Szkolenia wspieramy wydawnictwami z biblioteczki ZNP OUPiS.



KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA

/PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI/

na szkolenie podstawowe Zakładowy Społeczny Inspektor Pracy w dniach **05 i 06/11/2015**
godz. 9⁰⁰ – 16⁰⁰ w **Centrum Kulturalno Edukacyjnym – Czerwionka – Leszczyny, ul. 3 Maja 36 A**

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: 290,00 PLN

/przelew na wskazane konto po otrzymaniu faktury w drugim dniu szkolenia.

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.)