



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 **15 i 16 marca 2017** od godz. 9⁰⁰ – 16⁰⁰/środa - czwartek/

Odplatność za uczestnika 330,00 zł.,
przelewem na wskazane konto po otrzymaniu faktury w drugim dniu szkolenia.

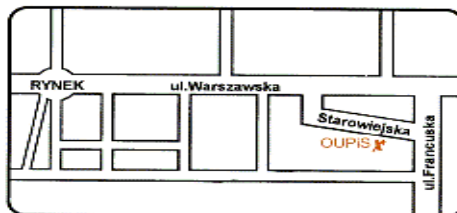
Płatnikiem za szkolenie jest placówka, w której uczestnik pełni funkcję ZSIP.

Uczestnicy otrzymują: zaświadczenie, materiały szkoleniowe,
księgę uwag i zaleceń, legitymację ZSIP, oraz poczęstunek.

Wypełnioną Kartę zgłoszenia prosimy przesłać: ksztalcenie_oupiskat@znp.edu.pl
lub tel./fax.: 32 253 88 02 do dnia 08/03/2017r.

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

Zajęcia odbędą się w ZNP ZG OUPiS Filia w Katowicach, ul. Starowiejska 11.



Zapraszamy do korespondencji: ksztalcenie_oupiskat@znp.edu.pl

Pełna oferta na naszej stronie internetowej: www.oupiskat.znp.edu.pl

PROWADZIMY SZKOLENIA RAD PEDAGOGICZNYCH w miejscu
wskazanym przez zamawiającego wg Państwa potrzeb i życzeń.



KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA

/PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI/

na szkolenie Zakładowy Społeczny Inspektor Pracy dn., 15 - 16/03/2017, godz. 9⁰⁰ – 16⁰⁰
w ZNP ZG OUPiS Filia w Katowicach, ul. Starowiejska 11.

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: 330,00 PLN

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

Dokładne dane do faktury Nabywcy płacącego za szkolenie i Odbiorcy faktury:

NABYWCA

Kod..... Miejscowość

ulica, nr NIP

ODBIORCA

Kod..... Miejscowość.....

Ulica, nrNIP

OŚWIADCZENIE: Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych 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 o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. Nr 144, poz. 1204 z późniejszymi zmianami) do celów rekrutacyjnych i marketingowych przez 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 REZYGNACJI ZE SZKOLENIA BEZ POWIADOMIENIA ORGANIZATORA – KOSZTY 100% PONOSI UCZESTNIK.

.....
(akceptacja dyrektora)

.....
(data)

.....
(podpis uczestnika)

Wypełnioną kartę prosimy przesłać tel./fax: 32 253 88 02 lub e-mailem- dane jw.