



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA KURS/SZKOLENIE

TERMIN ORAZ TEMAT KURSU/SZKOLENIA .....-...../20.....r.

.....  
.....

MIEJSCE SZKOLENIA: Kaszubskie Centrum Edukacji „Vademecum” w K-nie, ul. Partyzantów 4

OSOBA ZGŁASZANA : .....  
( imię i nazwisko)

ADRES: .....

NIP: .....PESEL: .....

DATA I MIEJSCE URODZENIA: .....

NR TEL. ....

ADRES E-MAIL .....

WYKSZTAŁCENIE: .....

STAŻ PRACY W ZAWODZIE / MIEJSCE PRACY: .....

.....

PODPIS I PIECZĄTKA .....

kartę zgłoszenia udziału w szkoleniu/kursie prosimy przesłać na

nr faxu: 58 686 79 88 lub adres e-maila w postaci skanu: [kcevademecum@wp.pl](mailto:kcevademecum@wp.pl)

- ◆ W przypadku rezygnacji ze szkolenia na jeden dzień przed jego rozpoczęciem lub w dniu jego realizacji uczestnik jest zobowiązany do pokrycia kosztów szkolenia.

**Kaszubskie Centrum Edukacji „VADEMECUM”**

ul. Partyzantów 4, 83-400 Kościerzyna

tel. 58 686 79 88, [www.kcevademecum.pl](http://www.kcevademecum.pl), e-mail. [kcevademecum@wp.pl](mailto:kcevademecum@wp.pl)



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA KURS/SZKOLENIE

TERMIN ORAZ TEMAT KURSU/SZKOLENIA .....-...../20.....r.

.....  
.....

MIEJSCE SZKOLENIA: Kaszubskie Centrum Edukacji „Vademecum” w K-nie, ul. Partyzantów 4

OSOBA ZGŁASZANA : .....  
( imię i nazwisko)

ADRES: .....

NIP: .....PESEL: .....

DATA I MIEJSCE URODZENIA: .....

NR TEL. ....

ADRES E-MAIL .....

WYKSZTAŁCENIE: .....

STAŻ PRACY W ZAWODZIE / MIEJSCE PRACY: .....

.....

PODPIS I PIECZĄTKA .....

kartę zgłoszenia udziału w szkoleniu/kursie prosimy przesłać na

nr faxu: 58 686 79 88 lub adres e-maila w postaci skanu: [kcevademecum@wp.pl](mailto:kcevademecum@wp.pl)

- ◆ W przypadku rezygnacji ze szkolenia na jeden dzień przed jego rozpoczęciem lub w dniu jego realizacji uczestnik jest zobowiązany do pokrycia kosztów szkolenia.

**Kaszubskie Centrum Edukacji „VADEMECUM”**

ul. Partyzantów 4, 83-400 Kościerzyna

tel. 58 686 79 88, [www.kcevademecum.pl](http://www.kcevademecum.pl), e-mail. [kcevademecum@wp.pl](mailto:kcevademecum@wp.pl)