



(pieczęć szkoły/placówki)

Dnia

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

**KARTA ZGŁOSZENIA
KLIENTA INDYWIDUALNEGO**

RODZAJ USŁUGI EDUKACYJNEJ: WARSZTATY METODYCZNE.

TEMAT USŁUGI EDUKACYJNEJ: **„AKADEMIA POMIARU DLA NAUCZYCIELI SZKÓŁ PONADGIMNAZJALNYCH**
Doskonalenie umiejętności oceniania kształtującego oraz wypracowanie przez nauczycieli szkół ponadgimnazjalnych materiałów dydaktycznych wspomagających przygotowanie uczniów do sprawdzianów szkolnych i egzaminu zewnętrznego.

PROJEKTOWANY(E) TERMIN(Y)* **9 PAŹDZIERNIKA 2014 GODZINA 14.30. S. 210**

KIEROWNIK/ORGANIZATOR: JADWIGA MIŁOS/ JADWIGA MORAWIEC.

1. Imię i nazwisko _____
_____ **PESEL** _____

2. Nazwa szkoły/placówki: _____

kod pocztowy: ____ - ____ tel. szkoły/placówki _____
miejscowość:ulica: nr

3. Adres do korespondencji: kod poczt. ____ - ____ miejscowość:

4. ulica: nr

5. Telefon _____ E-mail

6. Funkcja/stanowisko/przedmiot/specjalność

7. Opłatę za uczestnictwo w wysokości .10 zł pokrywa osoba

..... lub szkoła/placówka**

.....
imię i nazwisko, adres zamieszkania

NIP płatnika

**Dane wpisać w przypadku, gdy ma być wystawiona faktura.

Wpłaty za uczestnictwo należy dokonać do dnia na konto nr **52 1560 0013 2026 0040 3869 0005**

Przyjmuję do wiadomości, że nieusprawiedliwiona nieobecność na zajęciach spowoduje obciążenie kosztami uczestnictwa.

Wyrażam zgodę na wprowadzenie do bazy danych i przetwarzanie moich danych osobowych obecnie i w przyszłości przez Łódzkie Centrum Doskonalenia Nauczycieli i Kształcenia Praktycznego (zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych-Dz. U. Nr 101 z 2002 r. poz. 926 z późniejszymi zmianami) w celach związanych z wydaniem zaświadczenia o ukończeniu usługi edukacyjnej, rekrutacją, monitoringiem, kontrolą i ewaluacją oraz w celu służbowego kontaktowania się ze mną.

7. Podpis zgłaszającego się:
szkoły/placówki/firmy***:

8. Akceptacja Dyrektora

.....

*** w przypadku ucznia niepełnoletniego, akceptacja jego rodziców

9. Imię i nazwisko nauczyciela szkoły upoważnionego do kontaktu z Centrum (dotyczy usług edukacyjnych dla uczniów):..... nr tel.

Zgłoszenie można wysłać pocztą lub faksem pod numer (42) 678-10-85 do dnia.....