



(pieczęć szkoły/placówki)

Dnia .....

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

### KARTA ZGŁOSZENIA

RODZAJ USŁUGI EDUKACYJNEJ: WARSZTATY

TEMAT USŁUGI EDUKACYJNEJ: WARSZTAT PRACY ORGANIZATORA KONKURSU

PROJEKTOWANY(E) TERMIN(Y)\* 7, 13, 22 LISTOPADA 2017.....

KIEROWNIK/ORGANIZATOR: ELŻBIETA BYTNIEWSKA.....

\*.....

(miejsce na informację o możliwościach wyboru/zmiany terminu/terminów, zamawianiu noclegów itp.)

1. Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_

2. Nazwa szkoły/placówki: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

kod pocztowy: \_\_\_\_\_ tel. szkoły/placówki \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ miejscowość: ..... ulica: ..... nr .....

3. Adres do korespondencji: kod poczt. \_\_\_\_ - \_\_\_\_ miejscowość: .....

ulica: ..... nr .....

4. Telefon \_\_\_\_\_ E-mail .....

5. Funkcja/stanowisko/przedmiot/specjalność .....

6. Opłatę za uczestnictwo w wysokości .....-..... 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 w ramach odpłatnej usługi edukacyjnej 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:

8. Akceptacja Dyrektora szkoły/placówki/firmy\*\*\*:

.....

\*\*\* 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, faksem (0-42 678-10-85) lub drogą elektroniczną (e-mail: [ebytnewska@wckp.lodz.pl](mailto:ebytnewska@wckp.lodz.pl)) albo pozostawić je w sekretariacie LCDNiKP, ul. Kopcińskiego 29, p. 105 do dnia 23 października 2017 roku**

**Zgłoszenie przyjął: .....w dniu: .....**