

.....  
(Pieczęć jednostki/placówki oświatowej  
składającej zamówienie)

.....  
(Miejscowość, data)

PCPPP i DN w Głogowie  
Powiatowy Ośrodek Doradztwa Metodycznego  
ul. Jedności Robotniczej 38,  
67-200 Głogów

## FORMULARZ ZAMÓWIENIA SZKOLENIA FORMY DOSKONALENIA

**1. Dane Zleceniodawcy (pełna nazwa, adres, NIP)**

.....  
.....  
.....  
.....

**2. Dane do Faktury VAT (pełna nazwa, adres, NIP)**

.....  
.....  
.....  
.....

**3. Osoba do kontaktu (imię i nazwisko, tel., e-mail)**

.....  
.....

**4. Imię i nazwisko dyrektora Zleceniodawcy**

.....

**5. Temat szkolenia – ilość h dydaktycznych**

.....  
.....  
.....

**6. Rodzaj szkolenia (odpowiednie zaznaczyć)**

- szkolenie rady pedagogicznej
- prelekcja
- warsztat
- inne .....

7. Proponowany termin szkolenia

.....

8. Grono Pedagogiczne biorące udział w szkoleniu (liczba osób)

.....

9. Uwagi

.....

.....

.....

.....  
(Podpis i pieczęć dyrektora  
jednostki/placówki oświatowej  
składającej zamówienie)