

.....
(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 – liczba godzin dydaktycznych

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

6. Forma szkolenia:

☐ stacjonarne

☐ online

7. Rodzaj szkolenia (odpowiednie zaznaczyć)

☐ szkolenie rady pedagogicznej

☐ prelekcja

- ☐ warsztat
- ☐ inne

8. Proponowany termin szkolenia

.....

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

.....

10. Proponowany przez placówkę wykonawca (szkoleniowiec, firma szkoleniowa)

Nazwisko/nazwa dane do kontaktu, telefon, adres e-mail.

.....

.....

.....

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