

## ZAMÓWIENIE SZKOLENIA

1. Rodzaj szkolenia (np. kurs, warsztaty, rada pedagogiczna i inne): .....
2. Tytuł/Tematyka szkolenia: .....
3. Adresat formy: .....
4. Liczba godzin szkolenia: .....
5. Miejsce i termin szkolenia: .....
6. Osoba upoważniona do kontaktu (nr telefonu, adres e-mail): .....
7. Dane do wystawienia faktury VAT:  
Nabywca  
Nazwa .....  
Adres .....  
NIP .....  
Odbiorca  
Nazwa .....  
Adres .....
8. Informacje dodatkowe: .....

Szkoła/Placówka jest zobowiązana do przekazania na konto Wojewódzkiego Ośrodka Doskonalenia Nauczycieli w Skierniewicach kosztów szkolenia.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis dyrektora)

---

*Czytelnie wypełniony formularz prosimy przelać na adres organizatora:*

**Wojewódzki Ośrodek Doskonalenia Nauczycieli w Skierniewicach  
96-100 Skierniewice, ul. Batorego 64D**

**Tel.: (046) 833-40-74, 833-20-04, 832-56-43**

**e-mail: [wodn@wodnskiernie.nazwa.pl](mailto:wodn@wodnskiernie.nazwa.pl)**

**strona internetowa: [www.wodnskierniewice.eu](http://www.wodnskierniewice.eu)**

**nr konta bankowego:**

**PEKAO S.A. I. O w Skierniewicach **22 1240 6292 1111 0010 6968 1186****

---