

Zgłoszenie szkolenia zespołu nauczycieli

data

adres i nazwa placówki

NIP

Dyrektor Wrocławskiego
Centrum Doskonalenia
Nauczycieli
Ul. Swobodna 73a
50-089 Wrocław

Zwracam się z prośbą o przeprowadzenie szkolenia zespołu nauczycieli na temat:

Przewidywany czas szkolenia: _____
liczba godzin

Odbiorcy: zespół nauczycieli: _____

nazwa placówki, nr tel.

Liczba osób w zespole nauczycieli: _____

Proponowany termin: _____

Osoba do kontaktu: _____

Tel: _____

Proszę o wystawienie faktury po przeprowadzonym szkoleniu.

*podpis i pieczęć
dyrektora szkoły*