/pieczęć zamawiającego/ ........................, dnia ................ 2015 r.

 **Ośrodek Doskonalenia**

**i Kształcenia Ustawicznego**

 **E L E M E N T A R Z**

 --------------------------------------------

 Tel./fax. nr 32/252-79-38

**ZAMÓWIENIE** szkolenia-warsztatów

**Nazwa placówki:** ..........................................................................................................

**Adres:** ...........................................................................................................................

**NIP:** ...............................................................................................................................

**Temat:** ...........................................................................................................................

**Liczba uczestników:** ....................................................................................................

**Data i godzina:** .............................................................................................................

 /proszę podać 2 terminy/

**Ilość godzin szkolenia:** ...............................................................................................

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

 **/**pieczęć i podpis zamawiającego**\***/

**\* Zobowiązuję się do przekazania „Zaświadczeń o ukończeniu warsztatów”**

 **uczestnikom szkolenia**