**** …………………….………………………

(Miejscowość, data)

 **Formularz zgłoszeniowy**

Imię i nazwisko:………………………………………………………………………………………………………………….

Temat szkolenia: ……………………………………………………………………………………………………………..

Nazwa organizacji: …………………………………………………………………………………………………………….

Adres: …………………………………………………………………………………………………………………………………

Telefon kontaktowy:........................................................................................

Fax:…………………………………………………………………………………………………………………

E-mail:……………………………………………………………………………………………………………..

Oddelegowanie : TAK NIE

|  |
| --- |
|  |

 (pieczątka przewodniczącego organizacji)

**Informacje dla uczestników szkolenia :**

1. Prosimy o wypełnianie zgłoszenia i wysłanie go do Zarządu Regionu NSZZ ,,Solidarność’’ Pomorza zachodniego w terminie **co najmniej 14** **dni** przed rozpoczęciem szkolenia.
* e-mail: solidarnosc@solidarnosc.szczecin.pl
* fax: 91 423-05-69
* al. Wojska Polskiego 113 70-483 Szczecin
1. Wszelkie informacje dot. szkoleń można uzyskać pod nr. Tel. 91 422-74-22 lub na stronie internetowej Zarządu Regionu : [www.solidarnosc.szczecin.pl](http://www.solidarnosc.szczecin.pl)