

.....
miejscowość, data

KARTA ZAMÓWIENIA SZKOLENIA
realizowanego przez Świętokrzyskie Centrum Doskonalenia Nauczycieli w Kielcach
ul. Marsz. J. Piłsudskiego 42, 25-431 Kielce

Zamawiający (pełna nazwa placówki):

Adres zamawiającego (miejsce szkolenia):

kod i poczta: miejscowość:

ulica, numer:

telefon: e-mail:

Imię i nazwisko (nr kontaktowy) osoby odpowiedzialnej za organizację formy ze strony zamawiającego:

Kod literowo – cyfrowy szkolenia

Nazwa szkolenia

lub inna zaproponowana przez placówkę tematyka szkolenia:

Proponowana osoba prowadząca:

Liczba uczestników:

Liczba godzin szkolenia:

Forma realizacji (proszę zaznaczyć):

☐

Stacjonarna

☐

Zdalna

Cena szkolenia wyliczana jest dla każdej placówki indywidualnie i uwzględnia następujące koszty:

- liczba godzin dydaktycznych szkolenia x 65 zł /godzina

- delegacja pracownika ŚCDN (w przypadku szkoleń stacjonarnych, nie dot. szkoleń w Kielcach)

Dane do faktury:

☐

Proszę o wystawienie e-faktury i przesłanie jej na adres mailowy:

☐

Proszę o wystawienie faktury w wersji papierowej

Nabywca		Odbiorca (Placówka)	
Nazwa		Nazwa	
Adres		Adres	
NIP			

Uwagi:

.....
podpis i pieczęć dyrektora placówki