ŚWIĘTOKRZYSKIE CENTRUM DOSKONALENIA NAUCZYCIELI W KIELCACH

.....
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:

.....

Nazwa szkolenia ……

……

Proponowana osoba prowadząca: .....

Liczba uczestników:

Liczba godzin dydaktycznych szkolenia:

Forma realizacji (proszę zaznaczyć):

☐ Stacjonarna

☐ Zdalna

Cena szkolenia wyliczana jest dla każdej placówki indywidualnie i uwzględnia następujące koszty:
- liczba godzin dydaktycznych szkolenia x 85 zł
- 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		**NIP**	

Uwagi:……

.....
podpis i pieczęć dyrektora placówki

Obowiązuje od 1 września 2025 r.