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** ………………………………………………………………………………………………………………

**lub inna zaproponowana przez placówkę tematyka 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 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**