**FORMULARZ ZGŁOSZENIA NA BEZPŁATNE SZKOLENIE**

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE DOTYCZĄCE SZKOLENIA** | |
| Temat szkolenia | Bezzwrotne wsparcie finansowe z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych dla przedsiębiorców |
| Termin szkolenia | 09.02.2017 r. godz. 9:00 |
| Miejsce szkolenia | Powiatowy Urząd Pracy w Gryficach, ul. Koszarowa 4, sala nr 19 |

|  |  |
| --- | --- |
| **UCZESTNIK SZKOLENIA** | |
| Imię i nazwisko |  |
| E-mail |  |
| Telefon |  |
| Adres do korespondencji |  |
| Pełna nazwa firmy |  |
| Adres firmy |  |
| NIP |  |

Formularz należy przesłać faxem na nr **91 386 45 06**   
lub e-mailem na adres: **sekretariat@pupgryfice.pl** do dnia 3 lutego 2017r.

W związku z ograniczoną liczbą miejsc o zakwalifikowaniu na szkolenie decydować będzie kolejność zgłoszeń. W przypadku dużego zainteresowania organizatorzy przewidują możliwość organizacji dodatkowego szkolenia w innym terminie.

……………………………….………………

data i podpis osoby zgłaszającej