**FORMULARZ ZGŁOSZENIA NA BEZPŁATNE SZKOLENIE**

|  |
| --- |
| **DANE DOTYCZĄCE SZKOLENIA** |
| Temat szkolenia | Szkolenie dla osób rozpoczynających i prowadzących działalność gospodarczą |
| 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\* |  |

\*należy wypełnić wyłącznie w przypadku, gdy uczestnikiem szkolenia będzie przedstawiciel przedsiębiorcy/pracodawcy

Formularz należy przesłać faxem na nr **91 386 45 06**
lub e-mailem na adres: **sekretariat@pupgryfice.pl** do dnia 8 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