

.....
(pieczęć firmowa)

.....
(miejsowość, data)

Instytut Transportu Samochodowego
03-301 Warszawa, ul. Jagiellońska 80
tel.: (022) 811-02-97, fax: (022) 675-62-13

ZGŁOSZENIE
uczestnictwa w szkoleniu

Nazwa firmy:

.....
.....

Adres firmy:

.....

Telefon:

Fax:

NIP:

Zgłaszam udział w szkoleniu (nazwa szkolenia):

.....
.....

następujących pracowników (kandydatów na diagnostów lub diagnostów uzupełniających kwalifikacje):

Lp.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	Numer PESEL	Adres
1					
2					
3					
4					

Termin szkolenia:

Opłatę za szkolenie uregulujemy przelewem na konto Instytutu Transportu Samochodowego:

Bank BPH S.A. nr 92 1060 0076 0000 3310 0015 3875

w terminie 14-tu dni od daty otrzymania faktury z ITS.

.....
(data)

.....
(podpis osoby reprezentującej firmę)