



Projekt: AKADEMIA WIEDZY EKONOMICZNEJ DLA ZACHODNIOPOMORSKICH MMP
WND-POKL.08.01.01-32-218/12

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

.....
(miejsowość, data)

Data i Godzina wpływu:

Numer formularza

Podpis osoby przyjmującej:

Nazwa szkoleń	EUROPEJSKA AKADEMIA BIZNESU
Tytuł projektu	Akademia wiedzy ekonomicznej dla zachodniopomorskich MMP
Nr umowy	UDA-POKL.08.01.01-32-218/12
Priorytet VIII	Regionalne kadry gospodarki
Działanie 8.1	Rozwój pracowników i przedsiębiorstw w regionie
Poddziałanie 8.1.1	Wspieranie rozwoju kwalifikacji zawodowych i doradztwo dla przedsiębiorstw

I. Dane uczestnika szkolenia			
Imię			
Nazwisko			
PESEL			
Kobieta (zaznaczyć znakiem X)	<input type="checkbox"/>	Mężczyzna (zaznaczyć właściwe znakiem X)	<input type="checkbox"/>
Numer telefonu			
Adres e-mail			
Ulica		Nr budynku/lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Powiat		Województwo	
Obszar zamieszkiwania (zaznaczyć właściwe znakiem X)	<input type="checkbox"/> miejski (obszar położony w granicach administracyjnych miast) <input type="checkbox"/> wiejski (obszar położony poza granicami administracyjnymi miast – obszary gmin wiejskich oraz część wiejska leżąca poza obszarem gminy miejsko - wiejskiej)		
Status na rynku pracy (zaznaczyć właściwe znakiem X)	<input type="checkbox"/> pracownik /ca zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę <input type="checkbox"/> pracownik /ca zatrudniony/a na podstawie umowy cywilnoprawnej <input type="checkbox"/> prowadzący/a własną działalność gospodarczą		
Zatrudniony/a w (zaznaczyć właściwe)	<input type="checkbox"/> mikro przedsiębiorstwie	Wykształcenie (zaznaczyć właściwe)	<input type="checkbox"/> podstawowe





PROJEKT WSPÓŁFINANSOWANY ZE ŚRODKÓW UNII EUROPEJSKIEJ W RAMACH EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO
CZŁOWIEK – NAJLEPSZA INWESTYCJA

Projekt: AKADEMIA WIEDZY EKONOMICZNEJ DLA ZACHODNIOPOMORSKICH MMP
WND-POKL.08.01.01-32-218/12

znakiem X)	<input type="checkbox"/> małym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> samozatrudniony/a	znakiem X)	<input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> pomaturalne <input type="checkbox"/> wyższe
Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobami zależnymi	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Orzeczony stopień niepełnosprawności	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Adres do korespondencji <i>(wypełnić jeżeli inny niż adres zamieszkania)</i>			
Deklaruję chęć udziału w szkoleniach organizowanych w:	<input type="checkbox"/> Koszalinie <input type="checkbox"/> Szczecinku	<input type="checkbox"/> Wałczu <input type="checkbox"/> Stargardzie Szczecińskim	<input type="checkbox"/> Szczecinie <input type="checkbox"/> Kołobrzegu
Skąd Pan/Pani dowiedział/ła się o szkoleniu	<input type="checkbox"/> Prasa <input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Inne (jakie?).....	<input type="checkbox"/> Mailing

Świadomy i pouczony o odpowiedzialności karnej oświadczam, że przedstawione powyżej dane są zgodne z prawdą.

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis uczestnika projektu)

II. Dane Pracodawcy			
Nazwa przedsiębiorstwa			
NIP		REGON	
Numer telefonu			
Adres e-mail			
Ulica		Numer budynku/lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Powiat		Województwo	
Polska Klasyfikacja Działalności (PKD)			
Wielkość firmy Zgodnie z Rozporządzeniem Komisji	<input type="checkbox"/> mikroprzedsiębiorstwo <input type="checkbox"/> małe przedsiębiorstwo		



KOMPASS Doradztwo Gospodarcze Maciej Buczkowski
Biuro Projektu
ul. Sienkiewicza 10, pok.205, 78- 100 Kołobrzeg
Tel. 505 084 058, e-mail: akademia@kompass-consulting.pl
www.akademiaebcl.pl



Projekt: AKADEMIA WIEDZY EKONOMICZNEJ DLA ZACHODNIOPOMORSKICH MMP
WND-POKL.08.01.01-32-218/12

(WE) nr 800/2008 z 6 sierpnia 2008 r.			
Dane do korespondencji (wypełnić jeżeli inne niż Dane Pracodawcy)			
Ulica		Numer budynku/ lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Powiat		Województwo	
Numer telefonu			
Adres e-mail			
Dane osoby do kontaktów			
Imię			
Nazwisko			
Stanowisko			
Numer telefonu			
Adres e-mail			

Świadomy i pouczony o odpowiedzialności karnej oświadczam, że przedstawione powyżej dane są zgodne z prawdą.

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęć i podpis osoby/osób
upoważnionej/ych do reprezentacji)

