

..... dnia

Miejscowość

ZGŁOSZENIE NA SZKOLENIE DOTYCZĄCE TACHOGRAFÓW CYFROWYCH

Niniejszym potwierdzam chęć uczestnictwa w szkoleniu dla techników warsztatów obsługujących tachografy cyfrowe organizowanym przez Dział Szkoleń i Upoważnień przy firmie CB Electronics inż. Bogusław Cieślak, ul. Przybyszewskiego 43, 01-849 Warszawa.

Dokładna nazwa i adres firmy	Pieczęć i podpis zleceniodawcy
------------------------------	--------------------------------

W szkoleniu brać będą udział następujące osoby:

Imię	<input type="text"/>
Nazwisko	<input type="text"/>
Data urodzenia:	<input type="text"/> — <input type="text"/> — <input type="text"/>
	<small>dzień miesiąc rok</small>
Miejsce urodzenia:	<input type="text"/>
Dowód osobisty	seria: <input type="text"/> numer: <input type="text"/>
Imię	<input type="text"/>
Nazwisko	<input type="text"/>
Data urodzenia:	<input type="text"/> — <input type="text"/> — <input type="text"/>
	<small>dzień miesiąc rok</small>
Miejsce urodzenia:	<input type="text"/>
Dowód osobisty	seria: <input type="text"/> numer: <input type="text"/>
Imię	<input type="text"/>
Nazwisko	<input type="text"/>
Data urodzenia:	<input type="text"/> — <input type="text"/> — <input type="text"/>
	<small>dzień miesiąc rok</small>
Miejsce urodzenia:	<input type="text"/>
Dowód osobisty	seria: <input type="text"/> numer: <input type="text"/>
Imię	<input type="text"/>
Nazwisko	<input type="text"/>
Data urodzenia:	<input type="text"/> — <input type="text"/> — <input type="text"/>
	<small>dzień miesiąc rok</small>
Miejsce urodzenia:	<input type="text"/>
Dowód osobisty	seria: <input type="text"/> numer: <input type="text"/>

Formularz prosimy przesłać faxem na numer (022) 864 19 35 lub wysłać na adres firmy CB Electronics