

..... dnia
Miejscowość

ZGŁOSZENIE NA SZKOLENIE DOTYCZĄCE TACHOGRAFÓW SAMOCHODOWYCH

Niniejszym potwierdzam chęć uczestnictwa w szkoleniu zawodowym organizowanym przez Dział Szkoleń przy firmie CB Electronics inż. Bogusław Cieślak, ul. Przybyszewskiego 43, 01-849 Warszawa, obejmującym zagadnienia:

- Budowa i funkcjonowanie
- Naprawa i regulacja
- Instalacja w pojazdach
- Obsługa metrologiczna

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

TACHOGRAFÓW SAMOCHODOWYCH

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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	dzień		miesiąc		rok																
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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	dzień		miesiąc		rok																
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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	dzień		miesiąc		rok																
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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	dzień		miesiąc		rok																
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