

**OŚRODEK SZKOLENIA ZAWODOWEGO „SOKRATES”  
UL. ROOSEVELTA 39, 41-800 ZABRZE**

**Zabrze dnia**



**Szkolenie z I POMOCY PRZEDMEDYCZNEJ  
organizowany przez Ośrodek Szkolenia Zawodowego  
„SOKRATES”  
w Zabrze przy ul. Roosevelta 39**

**NAZWA KURSU :**

.....

**DANE OSOBOWE – proszę wypełniać DRUKOWANYMI literami**

**IMIONA i NAZWISKO:** .....

**DATA URODZENIA :** .....**MIEJSCE URODZENIA** .....

**ADRES ZAMIESZKANIA:**

.....  
kod pocztowy

.....  
miescowosc

.....  
ulica nr domu i mieszkania

**tel. kontaktowy** .....

**Stanowisko  
służbowe**.....

**Dane do wystawienia faktury ( pełna nazwa firmy, Nip ):**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
PODPIS I PIECZĘĆ ZAKŁADU PRACY

.....

**Dane do wpłaty na konto - przelew - nr konta ING - 31 1050 1588 1000 0023 2686 2899**

**P.H.U. SOKRATES KLAUDIA LACH**

**UL. KRASIŃSKIEGO 2 A**

**41-800 ZABRZE**

**Status Ośrodka Doksztalcania i Doskonalenia Zawodowego (wpis do ewidencji Nr  
WO.I.4430.9.VIII-11.2011.MT)-aktualizowany w 2013 r. przez Urząd Miasta w Zabrze.**