**ZGŁOSZENIE UDZIAŁU W SZKOLENIU**

*Prosimy przesłać na adres:****opole@solidarnosc.org.pl***

NSZZ „SOLIDARNOŚĆ”

REGION ŚLĄSK OPOLSKI

OPOLE

NAZWA ORGANIZACJI: ……………………………………………………………………………….

IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA SZKOLENIA: ……………………………………………………

 *(prosimy o wypełnianie drukowanymi literami)*

***Szkolenie podstawowe dla członków Komisji Rewizyjnych godz. 9:00-15:00***

***Miejsce: siedziba Zarządu Regionu NSZZ „Solidarność” Śląska Opolskiego, ul. Damrota 4, Opole***

TEL. KONTAKTOWY DO UCZESTNIKA: ……………………………………………………….

TEL. KONTAKTOWY DO ZGŁASZAJĄCEGO: ………………………………………………..

IMIĘ I NAZWISKO ZGŁASZAJĄCEGO: ………………………………………………………….

……………………………………………………

*(podpis)*