

.....  
(pieczęć firmowa)

.....  
(miejsowość, data)

Instytut Transportu Samochodowego  
03-301 Warszawa, ul. Jagiellońska 80  
tel.: (022) 4385-297, fax: (022) 4385-201

**ZGŁOSZENIE**  
uczestnictwa w szkoleniu

**Nazwa firmy:**

.....  
.....

**Adres firmy:**

.....

**Telefon:** .....

**Fax:** .....

**NIP:** .....

**Zgłaszam udział w szkoleniu (nazwa szkolenia):** .....

.....  
.....

**następujących pracowników (kandydatów na diagnostów lub diagnostów uzupełniających kwalifikacje):**

Lp.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	Numer PESEL	Adres
1					
2					
3					
4					

**Termin szkolenia:** .....

**Opłatę za szkolenie uregulujemy przelewem na konto Instytutu Transportu Samochodowego:**

**Bank BPH S.A. nr 92 1060 0076 0000 3310 0015 3875**

**w terminie 14-tu dni od daty otrzymania faktury z ITS.**

.....  
(data)

.....  
(podpis osoby reprezentującej firmę)