**Centrum Szkoleniowe KLANZA w Białymstoku**

ul. Wincentego Witosa 15B lok. 12 15-660 Białystok

tel./fax: 85 651 04 47

e-mail: bialystok.warsztaty@klanza.org.pl

www.klanza.bialystok.pl

…………………………….…………………….

…………………………….…………………….

…………………………….…………………….

 (dane placówki)

**FORMULARZ ZOBOWIĄZANIA DO ZAPŁATY**

Zgodnie REGULAMINEM WARSZTATÓW ORGANIZOWANYCH PRZEZ CENTRUM SZKOLENIOWE KLANZA W BIAŁYMSTOKU dotyczącym zgłoszenia udziału w warsztatach stacjonarnych zobowiązuję się pokryć koszty udziału Pani/a ……………………………….…………………………………….……………………………… w warsztatach (tytuł warsztatów)…………………………………………………………………………………………………………. w (data warsztatów) …………………………………………………….. w wysokości …………………………………. w terminie 14 dni po zakończeniu warsztatów na podstawie wystawionej faktury przez Centrum Szkoleniowe KLANZA w Białymstoku.

………………..………………………………………

pieczęć i podpis dyrektora placówki