**Centrum Szkoleniowe KLANZA w Białymstoku**

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

tel./fax: 85 651 04 47

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

www.klanza.bialystok.pl

**FORMULARZ ZAMÓWIENIA WARSZTATÓW**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tytuł warsztatów** |  |
| **Trener(imię, nazwisko)** |  |
| **Ilość godzin** |  |
| **Opłata** |  |
| **Termin i godzina** |  |
| **Miejsce warsztatów** |  |
| **Ilość uczestników** |  |
| **Zamawiający/ osoba do kontaktu** |  |
| **Telefon kontaktowy,e-mail** |  |
| **Osoba reprezentująca placówkę (do umowy)** |  |
| **Dane do faktury(adres, NIP)** |  |
| **Uwagi** |  |