

## ZAPROSZENIE NA SZKOLENIE

Ośrodek Ustawicznego Szkolenia CONSULTRIX zgodnie z rozporządzeniem Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 27.07.2004 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie BHP (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1327) organizuje:

### SZKOLENIE OKRESOWE BHP DLA:

- ✓ pracowników na stanowiskach administracyjno-biurowych
- ✓ nauczycieli, bibliotekarzy, psychologów, pedagogów
- ✓ lekarzy, personelu medycznego, farmaceutów, terapeutów zajęciowych
- ✓ lekarzy weterynarii, techników weterynarii
- ✓ inspektorów i podinspektorów

**25 września 2025 r. g. 10<sup>00</sup>**

|                                                                                                |                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| <b>CONSULTRIX</b><br>al. Kraśnicka 35 w Lublinie, sala nr 102<br>lub <b>PLATFORMA MS TEAMS</b> | <b>60,00 zł/os.</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|

Przy braku informacji o nieobecności na 3 dni przed szkoleniem **nabywca pokrywa 70% kosztów szkolenia.**

### KARTA ZGŁOSZENIA

dnia .....

.....  
Nabywca

.....  
Odbiorca, gdy dot. innego podmiotu niż nabywca

| Lp. | IMIĘ I NAZWISKO (czytelnie) | STANOWISKO | Stacjonarnie/<br>MS TEAMS |
|-----|-----------------------------|------------|---------------------------|
| 1.  |                             |            |                           |
| 2.  |                             |            |                           |
| 3.  |                             |            |                           |
| 4.  |                             |            |                           |

**OSOBA DO KONTAKTU:** ..... **TEL.:** .....

**E-MAIL:** .....

Należność z tytułu uczestnictwa: ..... zł (plus ewentualna opłata 7,80 zł wysłania zaświadczenia za pośrednictwem Poczty Polskiej) przekażemy przelewem (termin płatności 7 dni) lub gotówką na miejscu w dniu szkolenia.

**Przedsiębiorstwo posiada numer NIP:** .....

Osoby prywatne – proszę o podanie adresu zameldowania, przedpłata na konto.

.....  
Podpis Dyrektora/Prezesa