**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

***Spotkanie szkoleniowo - integracyjne***

**7 – 8 kwietnia 2017 r. godz. 11.00**

**Kompleks Hotelowy „Chrobry’ Pokrzywna 69**

 **ORGANIZACJA DELEGUJĄCA**

....................................................................................................................................................

**ADRES** ...............................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

**OSOBA WYDELEGOWANA \***

**IMIĘ:** ............................................. **NAZWISKO:** ...................................................................................

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

**IMIĘ:** ............................................. **NAZWISKO:** ...................................................................................

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

 **NOCLEG: 07 - 08 kwietnia**

 **TAK** **NIE**

**PREFERENCJE ŻYWIENIOWE:**

 **KLASYCZNY/MIĘSNY WEGETARIAŃSKI**

**DOJAZD**

 **WE WŁASNYM ZAKRESIE ZORGANIZOWANY PRZEZ UMWO**