

ZGŁOSZENIE NA EGZAMIN POPRAWKOWY VT

1. Dane osobowe wnioskującego		
Imię:	Nazwisko:	PESEL:
Telefon kontaktowy:		E-mail:
Data poprzedniego egzaminu:		Miejsce szkolenia:
2. Dane płatnika za egzamin:		
FIRMA (podpisuje osoba upoważniona do zaciągania zobowiązań w imieniu pracodawcy wnioskującego (osoba wskazana w KRS do reprezentacji firmy lub posiadająca upoważnienie do zaciągania zobowiązań finansowych)		<u>PRYWATNIE</u> (wypełnia wnioskujący)
Nazwa firmy:		Adres:
Adres:		
NIP:		
Imię i nazwisko:	Podpis:	

Data egzaminu poprawkowego:	Do poprawy				
	Część ogólna	Część specjalistyczna	Praktyka	Instrukcja	Dyrektywa PED

Data:

.....

Podpis

.....

Zgłoszenie proszę przesać mailem na adres: egzaminpoprawkowyVT@git.lukasiewicz.gov.pl

Przyjęcie na egzamin poprawkowy będzie potwierdzone mailem zwrotnym