NAZWA ADRES I NIP FIRMY

**ZAMÓWIENIE**

**Centrum Kariery Zawodowej**

**Ul. Szkolna 2/2u**

**78-400 Szczecinek**

**Tel/fax. 94-37-210-10**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **NAZWA KURSU** |  **ILOŚĆ OSÓB** | **KOSZT OD OSOBY** | **ŁĄCZNY KOSZT**  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**FORMA I TERMIN ZAPŁATY: ……………………………………………....**

Przelew, gotówka

7, 14, 21 dni

**Termin realizacji: ……………………………………………………………….**

**Informacje dodatkowe: …………………………………………………………**

**………………………………………….. ………………………….**

**Imię i nazwisko osoby składającej zamówienie data zamówienia**