



## Zapytanie o szkolenie

### Zamawiający

Nazwa	
Ulica i numer	Kod pocztowy i miejscowość

### Osoba prowadząca sprawę

Imię i nazwisko	Stanowisko
Numer telefonu	E-mail

### Odbiorca faktury

Nazwa	
Ulica i numer	Kod pocztowy i miejscowość
NIP	

### Szkolenie

Temat	
Cele szkolenia lub diagnozowany problem	
Preferowany termin	Miejsce zajęć
Liczba uczestników	Preferowane godziny szkolenia (4-5 godzin zegarow.)
Kim są uczestnicy (np. dyrektorzy, pedagodzy itp.)	
Uwagi (inne informacje ważne dla organizatorów lub prowadzącego zajęcia)	

Prosimy o wypełnienie poniższej tabeli oraz odesłanie do nas na adresy znajdujące się w ramce po prawej stronie.

Na podstawie dostarczonych danych przygotujemy i dostarczymy Państwu ofertę szkoleniową.

**INFORMACJE I ZAMÓWIENIA:**  
**Instytut Badań w Oświacie**  
Ul. M. Reja 13/15, 81-874 Sopot  
tel. 58 555 73 00  
faks 58 555 73 02  
ibo@ibo.edu.pl, www.ibo.edu.pl