

SZKOLENIE INSPEKTORÓW OCHRONY RADIOLOGICZNEJ

*Ośrodek Szkoleniowo Usługowy
Priorytet
41-902 Bytom
ul. Łużycka 12
fax. numer (0...32) 2807609*

Zlecenie szkolenia

Nazwa firmy.....

.....

Adres.....

Tel..... *Fax*.....

NIP.....

Kontakt.....

Uczestnicy:

Lp.	Nazwisko i Imię

Forma płatności za szkolenie – gotówka na miejscu lub przelew na konto

BRE SA – WBE ŁÓDŹ Nr 18 1140 2004 0000 3102 3212 0505

....., dnia

.....
pieczętka imienna i podpis