ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA

**w *szkoleniu pn. „*Przygotowanie wniosku o płatność”** adresowane do **projektodawców realizujących projekty** współfinansowane ze środków EFS w ramach **Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020.**

**Miejsce szkolenia:**

**Szczecin,** dnia **8 listopada 2016 r.**, godz. 09:00 – 16:00

## Potwierdzam swoje uczestnictwo

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Instytucja |  | Telefon |
|  | | |
| Adres do korespondencji |  | Adres e-mail |
|  | |
|  | Nr umowy o dofinansowanie |

|  |
| --- |
| **W skali od 1 do 5, jak ocenia Pan(i) swój poziom wiedzy w zakresie tematu szkolenia?**  gdzie: 1- słabo, 5- bardzo dobrze  **1 2 3 4 5** |

|  |
| --- |
| **Jestem osobą poruszającą się na wózku inwalidzkim.**  **Tak Nie** |

|  |
| --- |
| **Czy ma Pan(i) specjalne potrzeby związane z uczestnictwem w szkoleniu?**  **………………………………………………………………………………………………………………….** |

*Wysyłając formularz zgłoszenia kandydat zobowiązuje się do pełnego uczestnictwa w szkoleniu w pełnym wymiarze godzin.*

Podpis

*Prosimy o wypełnienie zgłoszenia* ***DRUKOWANYMI LITERAMI*** *i przesłanie zeskanowanego zgłoszenia   
do dnia* ***2 listopada 2016 r.*** ***do godz. 14.00,*** *na adres e-mail:* ***rafal\_rosinski@wup.pl.*** Przesłanie wypełnionego formularza nie jest jednoznaczne z przyjęciem zgłoszenia, decyduje kolejność zgłoszeń. Liczba miejsc ograniczona.

Organizator poinformuje drogą elektroniczną wszystkie te osoby, które zakwalifikowały się do udziału w szkoleniu, przez co prosimy o czytelne wpisanie adresu e-mail na formularzu zgłoszeniowym.

*W przypadku pytań dotyczących szkolenia prosimy kontaktować się z p. Rafałem Rosińskim pod numerem telefonu* ***(91) 42 56 204****.*