|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **WNIOSEK O UDZIAŁ**  **W SZKOLENIU OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ O UPRAWNIENIA DIAGNOSTÓW I DIAGNOSTÓW UZUPEŁNIAJĄCYCH SWOJE UPRAWNIENIA W ZAKRESIE PRZEPROWADZANIA BADAŃ TECHNICZNYCH POJAZDÓW** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CZĘŚĆ A – WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA drukowanymi literami** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ……………………………………………………………………  /nazwa miejscowości/ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Wojewódzki Ośrodek**  **Ruchu Drogowego w Białymstoku**  **ul. Wiewiórcza 64, tel. 85 743-26-24**  **nr konta: 04 8769 0002 0390 1166 2000 0010** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ja, niżej podpisany/a, zgłaszam chęć udziału w szkoleniu osób ubiegających się o uprawnienia diagnostów i diagnostów uzupełniających swoje uprawnienia w zakresie przeprowadzania badań technicznych pojazdów | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prosimy o wpisanie drukowanymi literami danych z dowodu osobistego: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PESEL\*** | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  |  |  | | **Data urodzenia** | | | | | | | | | | | |  | |  | **-** |  |  | **-** |  |  |  |  |
| **Nazwisko** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Imiona** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Miejsce urodzenia** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kod pocztowy | | | |  |  | | **-** | |  |  | |  | | Miejscowość | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ulica i nr | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nr telefonu | | | |  | | | | | | | | | | | | | | E-mail | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zwracam się z uprzejmą prośbą wpisanie na listę uczestników szkolenia: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prosimy o wpisanie drukowanymi literami: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | PODSTAWOWEGO (CZĘŚĆ I) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | SPECJALISTYCZNEGO : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Część II | | | | |  | | Część III | | | | | | | | | | | |  | | Część IV | | | | | | | |  | | Cześć V | | | | | | | | | |
|  | UZUPEŁNIAJĄCEGO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Posiadane uprawnienia /podać nr i zakres uprawnień/\* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data uzyskania uprawnień | | | |  | | | | | | | | | | | | | | Data ukończenia szkolenia podstawowego | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **\***Wypełnia osoba posiadająca uprawnienia diagnosty | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Proszę o wystawienie faktury VAT na /nazwa i adres firmy/** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **NIP** | | | | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oświadczam, iż:   * Otrzymałem/am Regulamin wewnętrzny szkolenia osób ubiegających się o uprawnienia diagnostów i diagnostów uzupełniających swoje uprawnieni, zapoznałem/am się z jego treścią i zobowiązuję się do przestrzegania jego postanowień. * Powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym   …………………………………………………………….  (czytelny podpis osoby przystępującej do szkolenia) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CZĘŚĆ B – WYPEŁNIA OŚRODEK** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fakturę Nr | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | z dnia | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Na kwotę | | | |  | | | | | | | | | Wystawiono na podstawie dowodu wpłaty/zobowiązania/umowy z dnia | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| …………………………………………………………….  (pieczątka i podpis osoby przyjmującej wniosek) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |