FORMULARZ ZGŁOSZENIA UCZESTNICTWA W SZKOLENIU

Informacje o szkoleniu

|  |  |
| --- | --- |
| Temat szkolenia | Warunki, kryteria i tryb wyboru operacji partnerów krajowej sieci obszarów wiejskich oraz warunki refundacji kosztów – konkurs nr 3/2019 na wybór operacji realizowanych w 2019 r. |
| Miejsce szkolenia | Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi, Warszawa, ul. Wspólna 30, sala konferencyjna nr 49/51 |
| Termin szkolenia  Należy wybrać jeden z dwóch terminów 21 lub 24 stycznia 2019 r. |  |

Dane jednostki zgłaszającej:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa |  |
| Adres |  |
| Adres email |  |
| Telefon kontaktowy |  |

Dane uczestnika szkolenia:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |

|  |
| --- |
| Data Podpis[[1]](#footnote-1) |

Skan zgłoszenia należy przesłać na adres email: [s.kalinowska@cdr.gov.pl](mailto:s.kalinowska@cdr.gov.pl)

Przesłanie formularza jest równoznaczne z zapoznaniem się z Informacją o przetwarzaniu danych osobowych, stanowiącą załącznik do informacji o szkoleniu.

1. Podpis osoby reprezentującej jednostkę zgłaszającą lub podpis uczestnika szkolenia [↑](#footnote-ref-1)