



Druk nr 1 - wypełnia Pracodawca

Formularz zgłoszenia przedsiębiorstwa do udziału w projekcie: „Akademia dla mikro, małych i średnich przedsiębiorstw”

Program Operacyjny Kapitał Ludzki, Priorytet VIII, Działanie 8.1.1

Proszę wybrać jeden rodzaj szkolenia	
<input type="checkbox"/>	ABC prawa pracy
<input type="checkbox"/>	Elastyczne formy pracy – jako alternatywa dla przedsiębiorców
<input type="checkbox"/>	Coaching – niezbędne narzędzie szefa w XXI wieku
<input type="checkbox"/>	Tworzenie i wdrażanie strategii rozwoju przedsiębiorstwa
<input type="checkbox"/>	Marketing. Nowoczesny marketing internetowy w biznesie
<input type="checkbox"/>	Profesjonalna obsługa klienta w małej i średniej firmie

Data szkolenia	
Miejsce szkolenia	

Dane podstawowe o przedsiębiorstwie	
Nazwa przedsiębiorstwa	
NIP	REGON
Typ instytucji	<input type="checkbox"/> przedsiębiorstwo <input type="checkbox"/> partnerzy społeczno-gospodarczy <input type="checkbox"/> organizacja pozarządowa <input type="checkbox"/> uczelnia <input type="checkbox"/> jednostka naukowo-badawcza <input type="checkbox"/> instytucja wspierająca ekonomię społeczną <input type="checkbox"/> inna
Rodzaj przedsiębiorstwa	<input type="checkbox"/> mikroprzedsiębiorstwo (zatrudnienie do 9 pracowników) <input type="checkbox"/> małe przedsiębiorstwo (zatrudnienie od 10 do 49 pracowników) <input type="checkbox"/> średnie przedsiębiorstwo (zatrudnienie od 50 do 249 pracowników) <input type="checkbox"/> inne
Polska Klasyfikacja Działalności (PKD)	
Dane teleadresowe	
Miejscowość	Kod pocztowy
Województwo	Ulica
Nr budynku	Nr lokalu
Powiat	Obszar <input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski
Tel. kontaktowy	Adres e-mail

Data	Pieczęć i podpis osoby upoważnionej
-------------	--