



## KRAJOWY ZWIĄZEK REWIZYJNY SPÓŁDZIELNI „Samopomoc Chłopska”

**Uprzejmie informujemy, że Krajowy Związek Rewizyjny Spółdzielni „Samopomoc Chłopska” w Warszawie w dniach 7-8 grudnia 2017 r. organizuje szkolenie uzupełniające dla lustratorów.**

1. Szkolenie odbędzie się w Centrum Szkoleniowo-Konferencyjnym KZRS „Samopomoc Chłopska” w Miedzeszynie, ul. Odrębna 4.  
Program kursu obejmować będzie zmiany przepisów całokształtu zagadnień związanych z funkcjonowaniem spółdzielni oraz zagadnienia obowiązującej Instrukcji o lustracji podmiotów spółdzielczych. Zapewniamy profesjonalną jakość szkolenia.
2. Koszt szkolenia to kwota 430,00 zł plus VAT i obejmuje koszty szkolenia, materiały szkoleniowe, kawa, herbata, obiad. Uczestnicy we własnym zakresie pokrywają koszty zakwaterowania.

W ośrodku istnieje możliwość rezerwacji noclegów i wyżywienia - tel. (22) 872-00-31.


**Zapraszamy do wzięcia udziału w szkoleniu lustratorów.** Odbycie szkolenia warunkuje możliwość przeprowadzania lustracji zgodnie z Uchwałą nr 11/2012 Zgromadzenia Ogólnego Krajowej Rady Spółdzielczej z dn. 20.03.2012 r. (ze zmianami wprowadzonymi Uchwałą nr 21/2014 Zgromadzenia Ogólnego Krajowej Rady Spółdzielczej).

Należność za szkolenie prosimy przekazać w terminie do 4-ego grudnia 2017 r. na rachunek

**86 8769 0002 0680 0361 2000 0060**

**W załączeniu zgłoszenie.** Zgłoszenie prosimy kierować drogą e-mailową na adres e-mail [szkolenia@centrumsk.pl](mailto:szkolenia@centrumsk.pl) (z dopiskiem szkolenie uzupełniające dla lustratorów) lub pisemnie na adres KZRS „Samopomoc Chłopska” 00-950 Warszawa ul. Kopernika 30.

Ze spółdzielczym pozdrowieniem

  
**Prezes Zarządu**  
**J. Bogdan Czaplejewicz**

**Krajowy Związek Rewizyjny Spółdzielni „Samopomoc Chłopska”**

ul. Kopernika 30, 00-950 Warszawa

Fax: (22) 827-16-06

e-mail: [szkolenia@centrumsk.pl](mailto:szkolenia@centrumsk.pl)

**KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNICTWA  
w szkoleniu uzupełniającym dla lustratorów  
w dniach 7-8 grudnia 2017r.  
w Warszawie- Miedzeszynie, ul. Odrębna 4**

1. Nazwisko .....
2. Imiona: 1 ..... 2 .....
3. Nr PESEL .....
4. Numer uprawnień lustracyjnych .....
5. Miejsce zamieszkania (gmina, dzielnica) .....
- Ulica ..... nr domu ..... nr mieszkania .....
- Kod pocztowy ..... Miejscowość .....
- Województwo .....
6. Nr telefonu kontaktowego .....
7. Adres e-mail .....
- 8. Płatność zostanie dokonana na rachunek 86 8769 0002 0680 0361 2000 0060**
9. W przypadku gdy płatnikiem będzie zakład pracy prosimy o podanie:
  - Nazwisko i imię uczestnika szkolenia
  - Pełna nazwa i adres zakładu pracy
  - NIP zakładu pracy

Upoważniamy KZRS „Samopomoc Chłopska” do wystawienia faktury bez naszego podpisu

.....  
data i podpis

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz.U. z 2016 r. poz. 922)*

.....  
data i podpis