

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_

# WYKAZ OSÓB DO PRZEDŁUŻENIA WAŻNOŚCI LEGITYMACJI SŁUŻBOWYCH NAUCZYCIELI

**PROSIMY WYPEŁNIĆ CZYTELNICIE, DRUKOWANYMI LITERAMI**

**WYKONAWCA:**

P.P. Triada, ul. Traugutta 3, 33-300 Nowy Sącz NIP: 7342736067 REGON: 121107164 tel. 18 443 89 69

**ZAMAWIAJĄCY:**

\_\_\_\_\_  
Nr NIP

\_\_\_\_\_  
Telefon kontaktowy

\_\_\_\_\_  
Pieczęć pracodawcy

\_\_\_\_\_  
email

Zamawiam wykonanie legitymacji służbowych nauczyciela zgodnych z rozporządzeniem MEN z dnia 29 września 2006 r. w sprawie wzoru oraz trybu wystawiania legitymacji służbowej nauczyciela dla:

L.p.	Nazwisko i imię	Okres obowiązywania umowy o pracę
		<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> do __ - __ - ____ r.
		<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> do __ - __ - ____ r.
		<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> do __ - __ - ____ r.
		<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> do __ - __ - ____ r.
		<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> do __ - __ - ____ r.
		<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> do __ - __ - ____ r.
		<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> do __ - __ - ____ r.
		<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> do __ - __ - ____ r.
		<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> do __ - __ - ____ r.
		<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> do __ - __ - ____ r.
		<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> do __ - __ - ____ r.
		<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> do __ - __ - ____ r.
		<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> do __ - __ - ____ r.
		<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> do __ - __ - ____ r.
		<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> do __ - __ - ____ r.

Oświadczam, że osoby których dotyczy zamówienie posiadają status nauczyciela.

Upoważniam firmę P.P. Triada do wystawienia faktury VAT płatnej przelewem za wykonane legitymacje i ich przesyłkę bez mojego podpisu. Na podstawie art. 31 i art. 37 Ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 roku (Dz. U. z 2002 roku, nr 101, poz. 926, z późn. zm.) Zamawiający powierza Wykonawcy przetwarzanie danych osobowych zawartych w formularzach załączonych do niniejszego zamówienia wyłącznie do procesu produkcyjnego i reklamacyjnego zamówionych legitymacji służbowych nauczyciela.

\_\_\_\_\_  
Podpis i pieczęć Dyrektora lub osoby upoważnionej

\_\_\_\_\_  
Podpis i pieczęć Wykonawcy

Prawidłowo wypełnione zamówienie prosimy przesać na adres:

**P.P. Triada, ul. Traugutta 3, 33-300 Nowy Sącz**  
tel./fax: (18) 443 89 69    email: [triada@drukiskzkolne.pl](mailto:triada@drukiskzkolne.pl)

**PRZEDŁUŻAJĄC WAŻNOŚĆ LEGITYMACJI I WYRABIAJĄC NOWE  
PROSIMY O DOSTARCZENIE DOKUMENTÓW W JEDNEJ PRZESYŁCE**