

_____, dnia _____

ZAMÓWIENIE LEGITYMACJI SŁUŻBOWYCH NAUCZYCIELI UMOWA POWIERZENIA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH 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 przesłać na adres:
P.P. Triada, ul. Traugutta 3, 33-300 Nowy Sącz

INFORMACJE: tel.: (18) 443 89 69 email: triada@drukiskzolne.pl www.drukiskzolne.pl

WNIOSEK O WYDANIE LEGITYMACJI SŁUŻBOWEJ NAUCZYCIELA

Pieczęć pracodawcy

Kolorowe zdjęcie

(wymiar nie mniejszy 2 x 2,5 cm):



Uwaga! zdjęcie musi być kolorową odbitką fotograficzną a nie wydrukiem.

Wzór podpisu:

Kolor czarny, podpis musi zmieścić się w ramce



WYPEŁNIĆ CZYTELNICIE, DRUKOWANYMI LITERAMI

Nazwisko:

Imiona:

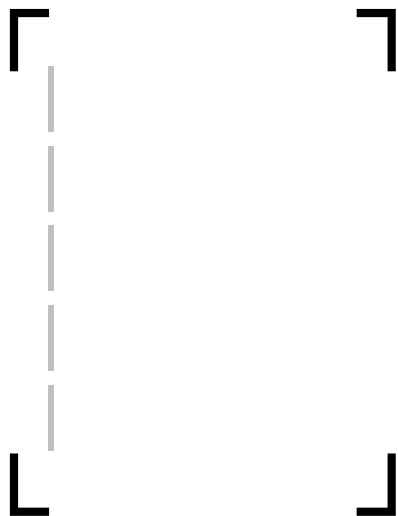
WNIOSKI PRZESŁANE BEZ DRUKU ZAMÓWIENIA NIE BĘDĄ REALIZOWANE

WNIOSEK O WYDANIE LEGITYMACJI SŁUŻBOWEJ NAUCZYCIELA

Pieczęć pracodawcy

Kolorowe zdjęcie

(wymiar nie mniejszy 2 x 2,5 cm):



Uwaga! zdjęcie musi być kolorową odbitką fotograficzną a nie wydrukiem.

Wzór podpisu:

Kolor czarny, podpis musi zmieścić się w ramce



WYPEŁNIĆ CZYTELNICIE, DRUKOWANYMI LITERAMI

Nazwisko:

Imiona:

WNIOSKI PRZESŁANE BEZ DRUKU ZAMÓWIENIA NIE BĘDĄ REALIZOWANE