**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**NAUCZ SIĘ PROGRAMOWAĆ. WAKACJE 2016!**

**Leszczyńskie Centrum Biznesu Sp. z o.o., Inkubator Przedsiębiorczości  
ul. Geodetów 1, 64-100 Leszno**

Koszt udziału: **300 zł brutto (słownie: trzysta złotych)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Poziom 1 dla młodzieży. Podstawy algorytmiki w wizualnym języku scratch \*** | |
| 4-8 lipca |  |
| 11-15 lipca |  |
| **Poziom 2 dla młodzieży. Podstawy algorytmiki w języku Apple Swift \*** | |
| 1-5 sierpnia |  |
| 8-12 sierpnia |  |
| **Kurs dla nauczycieli. Prowadzenie zajęć z programowania \*** | |
| 22 -25 sierpnia |  |

\*Proszę zaznaczyć krzyżykiem (X) datę wybranego szkolenia

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko uczestnika | Adres zamieszkania | | Data urodzenia | Telefon kontaktowy | e-mail |
| 1 |  |  | |  |  |  |
| 2 |  |  | |  |  |  |
| Dane do faktury VAT (jeśli życzycie sobie Państwo otrzymać FV) | | | | | | | |
| Imię i nazwisko : | | | |  | | | |
| *Adres* | | | |  | | | |

1. Wypełniony i podpisany formularz zgłoszenia prosimy dostarczyć mailem na adres: [lcb@lcb.leszno.pl](mailto:lcb@lcb.leszno.pl) r.
2. Podpisanie formularza zgłoszeniowego oznacza akceptację regulaminu pracowni komputerowej.
3. Przesłanie podpisanego **Formularza Zgłoszeniowego oraz dokonanie wpłaty** na konto organizatora jest podstawą do umieszczenia zgłoszonych osób na liście uczestników.
4. Zastrzegamy sobie możliwość odwołania szkolenia w przypadku niewystarczającej liczby uczestników.

**Zakwalifikowanie uczestnika na szkolenie nastąpi po dokonaniu wpłaty na konto Leszczyńskiego Centrum Biznesu sp. z o.o.: 48 1020 4027 0000 1902 0810 7064 z dopiskiem PROGRAMOWANIE**

**Kolejność wpływających na konto LCB wpłat będzie decydowała o kolejności zakwalifikowania do udziału w szkoleniu. Liczba miejsc ograniczona!**

Wyrażam również zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego dziecka oraz jego wizerunku w związku z udziałem w szkoleniu NAUCZ SIĘ PROGRAMOWAĆ. WAKACJE 2016!, organizowanym w Inkubatorze Przedsiębiorczości w Lesznie

.............................................................................

Podpis rodzica/opiekuna lub pełnoletniego uczestnika szkolenia