

BEFOGADÓ NYILATKOZAT

Alulírott gazdálkodó szervezet (vállalkozó) a megnevezett tanuló gyakorlati képzését a tanulóidő hátralevő részére vállalom, vele tanuló szerződést kötök.

Gazdálkodó szervezet

Megnevezése:.....

Címe:.....Telefonszáma:.....

Gyakorlati oktatás helye:

Címe:.....Telefonszáma:.....

Szakma megnevezése:.....

A tanuló neve:.....

Születési helye:.....ideje:.....év.....hó.....nap.

Anyja neve:.....

Lakcíme:.....

Elméleti oktatást végző iskola neve, címe:.....

.....

Gyakorlati oktatás első napja:.....év.....hó.....nap.

Kelt.:200.....év.....hó.....nap

ph.

.....
gazdálkodó szervezet képviselője

Visszaküldendő az alábbi címre:



CSONGRÁD MEGYEI KERESKEDELMI ÉS IPARKAMARA
6721 SZEGED, PÁRIZSI KRT. 8-12. H-6701 SZEGED, PF. 524
TEL.: 62/554-250 • TELEFAX: 62/426-149
E-mail: info@csmkik.hu • www.csmkik.hu

