

imię i nazwisko osoby fizycznej/nazwa osoby prawnej

miejsowość, data

adres

**Marszałek Województwa Łódzkiego**

Proszę o wydanie zaświadczenie o wpisie do ewidencji niepublicznych placówek doskonalenia nauczycieli prowadzonej przez Samorząd Województwa Łódzkiego dla placówki:

- nazwa placówki: \_\_\_\_\_
- data dokonania wpisu do ewidencji: \_\_\_\_\_
- numer, pod którym placówka została wpisana: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
podpis osoby fizycznej  
imię, nazwisko, funkcja oraz podpis/podpisy osoby/osób  
upoważnionych do reprezentowania osoby prawnej