

KONTAKT

ZESPÓŁ SZKÓŁ HANDLOWYCH W BYDGOSZCZY – PRACODAWCA WSPÓŁPRACUJĄCY ZE SZKOŁĄ

Imię i nazwisko ucznia (uczniów), KLASA, ROK SZKOLNY:

PEŁNA NAZWA ORGANIZACJI I JEJ ADRES:

Imię i nazwisko osoby, która będzie podpisywała umowę oraz jej stanowisko służbowe:

Imię i nazwisko opiekuna praktykantów oraz służbowy telefon kontaktowy: