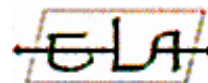


**Jednostka Certyfikująca
w Instytucie Logistyki i Magazynowania**

ul. Estkowskiego 6, 61-755 Poznań, NIP: 777-00-20-410
konto: BZ WBK S.A. 6 O/Poznań nr 39 1090 1362 0000 0000 3601 7908

Po wypełnieniu wpłaceniu odpowiedniej kwoty prosimy przesłanie formularza
faxem, e-mailem lub pocztą - wraz z kopią dokonanej wpłaty
z dopiskiem "CERTYFIKACJA ECBL":

fax: 061 852 63 76 e-mail: jc@ilim.poznan.pl



Zgłoszenie udziału w egzaminie European Senior Logician:

Wybieram następujące moduły (maksymalnie dwa):

- Zarządzanie zapasami
- Planowanie produkcji
- Zaopatrzenie
- Zarządzanie magazynem
- Zarządzanie transportem
- Podstawowe koncepcja łańcucha dostaw
- Podstawowe umiejętności w zakresie zarządzania
- Zarządzanie siecią i przepływem w łańcuchu dostaw
- Końcowe postępowanie kwalifikacyjne**

Data egzaminu:

| R | R | - | M | M | - | D | D |
|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Miejsce egzaminu:

Dane osobowe

Imię i nazwisko:

Miejsce i data urodzenia:

Adres prywatny:

Telefon prywatny: e-mail prywatny:

Nazwa firmy:

Adres firmy:

NIP: Branża:

Stanowisko:

Telefon służbowy: Fax:

e-mail służbowy:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o Ochronie Danych Osobowych (Dz.U. nr 133 poz.883 1997).

Oświadczam, iż znane mi są wymagania dotyczące stażu pracy na stanowisku logistycznym i dotrzymania trzyletniego okresu przebiegu certyfikacji od momentu przystąpienia do pierwszego egzaminu.

data

podpis