**INFORMACJA DODATKOWA NIEZBEDNA DO ZAWARCIA UMOWY O REFUNDACJĘ.**

którą należy złożyć wraz z wnioskiem o zawarcie umowy o refundację

1. Imię i nazwisko osoby reprezentującej stronę (pracodawcę) w umowie o refundację

**………………………………………………………………….**

1. Imię i nazwisko osoby upoważnionej do dokonywania korekt finansowych we wnioskach o refundację wynagrodzeń młodocianych pracowników

**Karolina Osak**

1. Imię i nazwisko osoby upoważnionej do kontaktów roboczych z CEiPM

**Karolina Osak**

1. Numer telefonu kontaktowego

**32-231-39-92, 512-733-940**

1. Numer rachunku bankowego, na który należy przekazać środki finansowe z tyt. refundacji

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3 | 6 | 1 | 0 | 9 | 0 | 1 | 7 | 6 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 5 | 0 | 3 | 3 | 0 | 8 | 6 |

Nazwa Banku   
**BZ WBK S.A. GLIWICE**

1. Adres e-mail

[szkolenia-cech@wp.pl](mailto:szkolenia-cech@wp.pl) lub [biuro@cechrr.gliwice.pl](mailto:biuro@cechrr.gliwice.pl)

....................................... (data, podpis i pieczątka pracodawcy)