

МОЛБА ЗА ОТОРИЗИРАНЕ НА ECDL ТЕСТ ЦЕНТЪР

Попълва се от служител ЕЕИГ – България	
Дата на получаване на молбата	
Входящ №	
Дата на посещението на длъжностните лица	
Име на длъжностното лице	
Име на длъжностното лице	
Препоръки	
Начин на плащане	

Подробности за кандидата за ECDL тест център	
Име	
Данъчен №	Булстат
Адрес	град п. код
Лице за контакти	
Телефон	
Фах	
E - mail	
Web site	
Категория на центъра	Частен учебен център <input type="checkbox"/> Правителствена организация <input type="checkbox"/> Корпорация <input type="checkbox"/> Училище <input type="checkbox"/> Колеж <input type="checkbox"/> ВУЗ <input type="checkbox"/> Юридическо лице с нестопанска цел <input type="checkbox"/> Други <input type="checkbox"/>

Подпис:		Дата:	
---------	--	-------	--