|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Osoba delegowana**   Wniosek należy dostarczyć do WRZ min. tydzień przed datą zakończenia rejestracji.. | |
| **Imię i nazwisko:** |  |
| **Adres służbowy:** |  |
| **Telefon kontaktowy:** |  |
| **E-mail:** |  |

|  |
| --- |
| 1. **Organ delegujący[[1]](#footnote-1)** |
|  |

| 1. **Udział w posiedzeniu**   PKN nie pokrywa kosztów udziału w posiedzeniach. | | |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa organizacji normalizacyjnej i organu wspierającego:** | | |
| **Rodzaj posiedzenia:** | ☐ **wyjazdowe** | ☐ **zdalne** |
| **Data posiedzenia:** |  | |
| **Miejsce:**  (kraj i miasto) |  | |
| **Instytucja delegująca:** |  | |

| 1. **Akceptacja i realizacja wniosku:** |
| --- |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Przewodniczący OT:**  Imię i nazwisko | **Dyrektor WPN/Kierownik Sektora:**  Imię i nazwisko | **Data otrzymania przez WRZ:** |
| Data i podpis | Data i podpis |
| **Data realizacji w WRZ:** | **Imię i nazwisko pracownika WRZ:** | **Data zwrotu do Sektora WPN** |

1. RS/KT/KZ/PK, którego zakres tematyczny pokrywa się z przedmiotem prac organu wspierającego. [↑](#footnote-ref-1)