

## WNIOSEK O REJESTRACJĘ GRUPY NA EGZAMIN

Nazwa egzaminu: .....

Proponowany orientacyjny termin egzaminu (*Proszę zaznaczyć właściwą opcję.*):

WIOSNA –  LATO –  ZIMA

Nazwa placówki rejestrującej kandydatów: .....

.....

Adres: .....

Telefon: .....

E-mail: .....

Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej: .....

Telefon kontaktowy w dniu egzaminu: .....

### **Proszę o zarejestrowanie kandydatów wymienionych w załączniku na egzamin**

Odbiór certyfikatów (*Proszę zaznaczyć właściwą opcję.*):

- osobiście w siedzibie Szkoły Bell w Szczecinie
- proszę przesłać listem poleconym (bezpłatnie) na wskazany powyżej adres
- proszę przesłać pocztą kurierską (na koszt odbiorcy) na wskazany powyżej adres

*Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Regulaminem Egzaminów Cambridge ESOL Bell Szczecin i akceptuję jego treść.*

*Oświadczam, że podane przeze mnie dane placówki rejestrującej kandydatów są zgodne ze stanem faktycznym i wyrażam zgodę na ich gromadzenie i przetwarzanie przez Centrum Egzaminacyjne Cambridge ESOL Bell Szczecin na potrzeby przeprowadzenia sesji egzaminacyjnej Cambridge ESOL.*

.....

Data

.....

Podpis osoby rejestrującej

**Wypełniony wniosek wraz z oryginałem dowodu wpłaty prosimy przesłać lub dostarczyć osobiście na adres:**

Centrum Egzaminacyjne Cambridge ESOL  
Bell Szczecin  
al. Wojska Polskiego 42  
70-475 Szczecin

**Decyduje data wpłynięcia dokumentów, nie stempla pocztowego.**