

Nazwa egzaminu _____

Sesja **Spring/Summer/Winter** _____ (rok)

Nr ośrodka PL _____ Nr Kandydata/Kandydatów _____

Imię i Nazwisko Kandydata: _____

Proszę o wystawienie rachunku uproszczonego (potwierdzenia wpłaty):

Nazwa Firmy: _____

Ulica: _____

Kod pocztowy: _____ Miasto: _____

NIP: _____

Dane kontaktowe (email/telefon): _____

Adres do korespondencji:

Ulica: _____

Kod pocztowy: _____ Miasto: _____

Data odbioru osobistego _____

(możliwy tylko w British Council w Warszawie w godz. 8:30 - 19:00 w recepcji na parterze)

W załączeniu kserokopia dowodu wpłaty z czytelną datą stempla......
DATA.....
PODPIS KANDYDATA**Uwaga:**

1. W przypadku odbioru osobistego rachunek zostanie wystawiony w przeciągu 7 dni roboczych od daty otrzymania formularza.

Niniejszy formularz wraz z kopią dowodu wpłaty proszę przesłać na adres:

British Council - Examinations Services

Al. Jerozolimskie 59

00-697 Warszawa