

.....
/pieczęć instytucji szkoleniowej/

**INFORMACJA Z INSTYTUCJI SZKOLENIOWEJ O SZKOLENIU
W RAMACH KFS / wypełnia instytucja szkoleniowa/**

1. Nazwa instytucji szkoleniowej:.....

2. Adres instytucji szkoleniowej:.....
.....

3. Nr telefonu:

4. Nr fax:

5. Adres e-mail:

6. NIP:.....REGON:.....

7. Rodzaj prowadzonej działalności wg PKD/2007/:.....

8. Nazwa szkolenia:.....

9. Liczba godzin dydaktycznych ogółem:

10. Termin szkolenia od
.....do.....

11. Całkowity koszt szkolenia 1 osoby¹ (w koszczie szkolenia nie ujmować kosztów związanych z zakwaterowaniem, wyżywieniem oraz dojazdem):.....słownie złotych:.....
.....

12. Koszt szkolenia 1 osobogodziny :słownie złotych:.....

13. a) Płatne jednorazowo Termin płatności *

(kwota)

(dzień/miesiąc/rok)

b) Płatne w ratach:

I rata Termin płatności *

(kwota)

(dzień/miesiąc/rok)

II rata Termin płatności *

(kwota)

(dzień/miesiąc/rok)

.....
/miejsowość i data/

.....
/stanowisko i podpis osoby uprawnionej
ze strony instytucji szkoleniowej/

*niepotrzebne skreślić

¹ Zgodnie z przepisem §3 ust. 1 pkt 14 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 20 grudnia 2013 roku w sprawie zwolnień od podatku od towarów i usług oraz warunków stosowania tych zwolnień, zwolniono z podatku VAT usługi kształcenia zawodowego lub przekwalifikowania zawodowego, sfinansowane w co najmniej 70% ze środków publicznych oraz świadczenie usług i dostawę towarów ściśle z tymi usługami związane.