

.....  
/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 osoby<sup>1</sup> ( w koszcie szkolenia nie ujmować kosztów związanych z zakwaterowaniem, wyżywieniem oraz dojazdem):..... słownie złotych:.....

.....  
.....

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

.....

13. Płatne jednorazowo ..... Termin płatności .....\*  
(kwota) (dzień/miesiąc/rok)

<sup>1</sup> 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.

Płatne w ratach:

I rata .....  
(kwota)

Termin płatności .....\*  
(dzień/miesiąc/rok)

II rata .....  
(kwota)

Termin płatności .....\*  
(dzień/miesiąc/rok)

.....

miejsowość i data

.....

stanowisko i podpis osoby uprawnionej  
ze strony instytucji szkoleniowej

*\*niepotrzebne skreślić*