

.....
(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 zegarowych ogółem:, w tym:

- teoria:.....

- praktyka:.....

10. Termin szkolenia oddo.....

11. Całkowity koszt szkolenia:.....słownie złotych:.....
...../

12. Koszt szkolenia 1 godziny :słownie złotych:.....
...../

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

Płatne w ratach:

I rata Termin płatności*
(kwota) (dzień/miesiąc/rok)

II rata Termin płatności*
(kwota) (dzień/miesiąc/rok)

.....
(miejscowość i data)

.....
(stanowisko i podpis osoby uprawnionej
ze strony instytucji szkoleniowej)

*niepotrzebne skreślić