Załącznik 2

1. **INFORMACJA O SZKOLENIU W RAMACH KFS**
2. Nazwa realizatora usługi kształcenia ustawicznego :…………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………….

1. Siedziba :…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………….

1. Nr telefonu, faxu : ……………………………………………………………………………….
2. Adres e-mail: ………………………………………………………………………….................
3. NIP: …………………………………………..REGON:………………………………………..
4. Rodzaj prowadzonej działalności wg PKD/2007/:……………………………………...
5. Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego, a w przypadku kursów – posiadanie dokumentu, na podstawie którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego, jeżeli informacja ta nie jest dostępna w publicznych rejestrach elektronicznych ***(należy wskazać numery z właściwych rejestrów lub dołączyć potwierdzone „za zgodność z oryginałem” kopie),*** ……………………………………………………………………………………………
6. Nazwa szkolenia: ………………………………………………………………………..
7. Miejsce szkolenia: ……………………………………………………………………….
8. Liczba godzin dydaktycznych ogółem: ………………………………………………….
9. Termin szkolenia od………………………………do……………………………………
10. Koszt szkolenia jednego uczestnika ……………………………………………………..
11. Całkowity koszt szkolenia[[1]](#footnote-1) za wszystkich uczestników szkolenia………..……………..

słownie złotych…………………………………………………………………………...

1. Koszt osobogodziny szkolenia: ………………………………………………………….

słownie złotych: ………………………………………………………………………......

1. Termin płatności …………………………………………………………………………

Do informacji należy dołączyć:

1. ***program szkolenia*** ***zawierający******m.in.: nazwę i termin szkolenia, miejsce szkolenia, ilość godzin, cenę, termin zapłaty oraz zakres tematyczny* -** sporządzony i podpisany przez instytucję szkoleniową,
2. wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawianego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących.

…………………………………….

miejscowość i data …………………………………….

podpis pracodawcy

1. **INFORMACJA O STUDIACH PODYPLOMOWYCH W RAMACH KFS**
2. Nazwa realizatora studiów podyplomowych :…………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

1. Siedziba :………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………….

1. Nr telefonu, faxu : ……………………………………………………………………………..
2. Adres e-mail: ………………………………………………………………………….............
3. NIP: …………………………………………..REGON:…………………………………….
4. Rodzaj prowadzonej działalności wg PKD/2007/:……………………………………...........
5. Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego (należy dołączyć potwierdzone „za zgodność z oryginałem” kopie) ………………………………………………………………………………………….
6. Pełna nazwa kierunku studiów podyplomowych : ……………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

1. Miejsce zajęć : …………………………………………………………………………………
2. Liczba godzin dydaktycznych ogółem: ……………………………………………………….
3. Termin rozpoczęcia i zakończenia zajęć od……………………… do………………………..
4. Liczba semestrów studiów podyplomowych ***wraz z czasem trwania poszczególnych semestrów***

………………………………………………………………………………………………….

1. Całkowity koszt studiów [[2]](#footnote-2): ………………………...………………………………………….

słownie złotych…………………………………………………………………………………

1. Płatne jednorazowo do dnia ………………… …………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

! Do informacji należy dołączyć dokument potwierdzający powyższe dane, podpisany przez wybraną uczelnię!

…………………………………….

miejscowość i data …………………………………….

podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej

1. **INFORMACJA NA TEMAT EGZAMINU W RAMACH KFS**
2. Nazwa instytucji egzaminującej ……………………………….......................................

…………………………………………………………………………………………...

1. Siedziba:………………………………………....................................................................
2. Nr telefonu: ……………………………………………………………………………..
3. Nr fax: …………………………………………………………………………………..
4. Adres e-mail: …………………………………………………………………………....
5. Nazwa egzaminu ………………………………………………….................................
6. Zakres egzaminu ……………………………………………………………………….
7. Podstawa prawna do przeprowadzenia egzaminu ……………………………………..

…………………………………….................................................................................

1. Planowany termin i miejsce egzaminu …………………………………………………
2. Koszt egzaminu : ……………………………………………………………………….

słownie złotych: ………………………………………………………………………...

1. Termin płatności (dzień-miesiąc-rok)…………………………………………………...
2. Uzasadnienie wyboru organizatora egzaminu uwzględniające porównanie do innych ofert dostępnych na rynku:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Do informacji należy dołączyć zakres egzaminu wystawiony przez instytucję przeprowadzającą egzamin potwierdzający w/w dane.

………………………………….  
 miejscowość i data …..……………………………………

podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej

1. **RODZAJ BADAŃLEKARSKICH I PSYCHOLOGICZNYCH   
   wymaganych do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończeniu kształcenia**

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

1. Termin realizacji (od-do)   
    ……………………………………………………………………………………………………
2. Koszt badań dla jednej osoby ...………………………………………………………………………………………………….
3. Liczba osób ……………………………………………………………………………………………………
4. Całkowita wysokość wydatków w zł. …………………………………………………………………………………………................
5. Wnioskowana wysokość środków z KFS w zł. ……………………………………………………………………………………………………
6. Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł. ……………………………………………………………………………………………………
7. Termin zapłaty za badania

……………………………………………………………………………………………………

1. Uzasadnienie wyboru organizatora badań lekarskich z uwzględnieniem ofert dostępnych na rynku:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………….

miejscowość i data

…………………………………….

podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej

1. **UBEZPIECZENIE OD NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW**

**w związku z podjętym kształceniem**

1. Nazwa ubezpieczyciela

……………………………………………………………………………………………………..

1. Termin zawarcia/wykupu polisy  
    …………………………………………………………………………………………………
2. Koszt ubezpieczenia dla jednej osoby ……………………………………………………………………………………………………..
3. Liczba osób ……………………………………………………………………………………………………..
4. Całkowita wysokość wydatków w zł .………………………………………………………………………………………….................
5. Wnioskowana wysokość środków z KFS w zł .…………………………………………………………………………………………………….
6. Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł. ……………………………………………………………………………………………………..
7. Termin zapłaty za ubezpieczenie

……………………………………………………………………………………………………

1. **Uzasadnienie wyboru instytucji ubezpieczającej z uwzględnieniem ofert dostępnych na rynku*:***

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………….

miejscowość i data

…………………………………….

podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej

1. Zgodnie z przepisem §3 ust. 1 pkt 14 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 20 grudnia 2013 roku   
   (Dz.U. z 2023r. poz. 955 z późn. zm.) 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. [↑](#footnote-ref-1)
2. Zgodnie z przepisem §3 ust. 1 pkt 14 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 20 grudnia 2013 roku   
   (Dz.U. z 2023r. poz. 955 z póżn. zm.) 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. [↑](#footnote-ref-2)