***Załącznik nr 7 do wniosku***

…………………………………………………………………

/pieczęć instytucji realizującej kształcenie ustawiczne/

## **INFORMACJA WYBRANEGO REALIZATORA KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO W RAMACH KFS**

*/zaznaczyć zgodnie z wybraną usługą/*

## **REALIZATOR SZKOLENIA**

## **REALIZATOR STUDIÓW PODYPLOMOWYCH**

* **REALIZATOR EGZAMINU**

1. Nazwa instytucji:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

2. Adres instytucji:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

3. Nr telefonu: ........…………………………………………………………………………………………………………………………………………….…....…….

5.Adres e-mail: ……………………………………………………………………………………………………………………………...............................................

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

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

8. Nazwa: szkolenia/studiów/podyplomowych/egzaminu/………..………………………………………………………………………………………………

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

9. Liczba godzin dydaktycznych ogółem: ……………………………………………………………………………..………….………………………………….,

10. Termin realizacji usługi:

od ……………………………………………………………………….do………………………………………………………..……………..……….…….…..

11. Całkowity koszt 1 osoby[[1]](#footnote-1) ( w koszcie szkolenia nie należy ujmować kosztów związanych z zakwaterowaniem, wyżywieniem oraz dojazdem):……………………………………………….słownie złotych:……………………………….……………………………………..……………………….…… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

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

13. Płatne jednorazowo ………………………… Termin płatności ………………………………………………………..…….……………..\*

(kwota) (dzień/miesiąc/rok)

Płatne w ratach (dot. studiów podyplomowych):

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/*

*\*zaznaczyć zgodnie z wybraną usługą*

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. [↑](#footnote-ref-1)