Załącznik nr 5 do wniosku

***/ wypełnia instytucja szkoleniowa/***

………………………………………………………

/pieczęć instytucji szkoleniowej/

## **Informacja z instytucji szkoleniowej**

## **wnioskowanej formy wsparcia w ramach KFS**

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

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

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

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

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

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

7. Dokument uprawniający do prowadzenia pozaszkolnych form kształcenia ustawicznego:

PKD ……………………….., RIS ………………………………………….., BUR………………………………

inny jaki:………………………………………………………………………………………………………………

8.**Certyfikat jakości usług** - o ile realizator kształcenia posiada, kopię zaznaczonego poniżej certyfikatu jakości usług należy załączyć do informacji :

**a) POSIADA (zaznaczyć X jaki ): 🗌** Certyfikat ISO, **🗌** Certyfikat systemu zarządzania jakością wg. ISO 9001:2008 (PN-EN ISO 9001:2009), **🗌** Pearson Assured, **🗌** Znak Małopolskich Standardów Usług Edukacyjno-Szkoleniowych (MSUES), **🗌** Certyfikat VCC Akademia Edukacyjna, **🗌** Znak Jakości TGLS Quality Alliance, **🗌** Standard Usług Szkoleniowo-Rozwojowej PIFS SUS 2.0, **🗌** Akredytacja EQUIS, **🗌** Certyfikat systemu zarządzania jakością wg. ISO 9001:2015 (PN-EN ISO 9001:2015), **🗌** Akredytacja Centrów Egzaminacyjnych ECDL, **🗌** Akredytacja EAQUALS, **🗌** Certyfikat PN-EN ISO/ ICE 17024:2012, **🗌** Certyfikat PN-EN ISO/ IEC 17021-1:2015-09. **🗌** Akredytacja Kuratora Oświaty, **🗌** Inne, zweryfikowane pozytywnie przez Bazę Usług Rozwojowych, jakie:………………………………………………………………………………………….

**b) 🗌 NIE POSIADA**

9. Nazwa szkolenia:………..……………………………………………………………….……………………………................…………………….………………………………………..

10. Sposób realizacji szkolenia ( stacjonarnie / on-line ) – **odpowiedni wpisać** …………………………………………………………………..

11. Miejsce szkolenia:………………………………………………………………………………………………………………………………………………

12. Liczba godzin kształcenia ustawicznego przypadająca na 1 uczestnika: ……………………………………..

13. Czas trwania kształcenia ustawicznego: od ……………………..………………..…….do………………………………………

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

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

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

16. Płatne jednorazowo … ……………………………….……… Termin płatności …………………………………………………….…

(kwota) (dzień/miesiąc/rok)

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

***/miejscowość i data/***  ***/ podpis osoby uprawnionej ze strony instytucji szkoleniowej/***

1. **1 Środki Krajowego Funduszu Szkoleniowego** są środkami publicznymi w rozumieniu ustawy o finansach publicznych. Zgodnie z ustawą o podatku od towarów i usług oraz rozporządzeniem Ministra Finansów w sprawie zwolnień od podatku od towarów i usług oraz warunków stosowania tych zwolnień, **zwalnia się od podatku usługi kształcenia zawodowego lub przekwalifikowania zawodowego finansowane w co najmniej 70% ze środków publicznych.** [↑](#footnote-ref-1)