

.....  
/pieczęć instytucji szkoleniowej/

**INFORMACJA Z INSTYTUCJI SZKOLENIOWEJ  
WNOSKOWANEJ FORMY WSPARCIA 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. Posiadany certyfikat jakości oferowanych usług przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego (nazwa dokumentu).....
9. Nazwa szkolenia:.....
10. Miejsce szkolenia:.....
11. Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ogółem: .....
12. Czas trwania szkolenia: od .....do.....
13. Całkowity koszt szkolenia 1 osoby<sup>1</sup> ( w koszcie szkolenia nie ujmować kosztów związanych z zakwaterowaniem, wyżywieniem oraz dojazdem):.....słownie złotych:.....  
.....
14. Koszt szkolenia 1 osobogodziny : .....słownie złotych:.....  
.....
15. Płatne jednorazowo ..... Termin płatności .....  
(kwota) (dzień/miesiąc/rok)

.....  
/miejscowość i data/

.....  
/stanowisko i podpis osoby uprawnionej  
ze strony instytucji szkoleniowej/

---

<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.