Załącznik nr 7 do wniosku

 ………………………………………..

 /pieczęć organizatora studiów podyplomowych/

 ***/wypełnia organizator studiów podyplomowych/***

 **Informacja od organizatora studiów podyplomowych wnioskowanej formy wsparcia w ramach KFS**

1. Nazwa i adres organizatora studiów podyplomowych:

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

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

 2. Nr identyfikacji podatkowej NIP……………………………………………………..………

 3. Nr identyfikacyjny REGON………………………………………………………….………

 4. Dokument uprawniający do prowadzenia pozaszkolnych form kształcenia ustawicznego:

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

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

5.**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**

6. Kierunek studiów podyplomowych…………………………………………..………..………

 7. Termin rozpoczęcia studiów:………………………………………………………..…………

 8. Przewidywany termin zakończenia studiów:………………………………………………..…

 9. Liczba semestrów studiów podyplomowych:……………………………………………….….

10. Całkowity koszt studiów **[[1]](#footnote-1)**: ………………………./słownie: ……………………………….

11. Płatne jednorazowo …………………..……… Termin płatności …………………………………..……………….……

 (kwota) (dzień/miesiąc/rok)

........................................................ .........................................................................................................................................

***/miejscowość i data/***  ……………………………….…………………………………………………

 ***/ podpis osoby uprawnionej ze strony organizatora studiów podyplomowych/***

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)