**Załącznik nr 9 do wniosku**

***/ wypełnia instytucja szkoleniowa/***

………………………………………………………

/pieczęć instytucji szkoleniowej/

## **Informacja z instytucji szkoleniowej**

## **wnioskowanej formy wsparcia w ramach KFS (kurs/szkolenie)**

**!! ( Kurs / szkolenie musi zakończyć się do dnia 30 listopada 2023 roku)**

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:**

a) **odpowiednie PKD -dział 85 Edukacja** (w CEIDG, KRS,REGON).: …………..……………………………..…

b) **RIS** …………………………………………………………………………………………………………

c) **inny** (wpisać jaki, **odpowiedni dokument należy dołączyć do załącznika**): ………………….………………….……. ……………………………………………………………………………………………………………………………….…

8.**Certyfikat jakości usług:**

a) **🗌 POSIADA** **( odpowiedni dokument należy dołączyć do załącznika)**

b) **🗌 NIE POSIADA**

9. Nazwa kursu/szkolenia:………..……………………………………………………………….…………………………….................

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

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

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

13. Czas trwania kształcenia ( wpisać datę od…do tj. dd/mm/rrrr ) ………………………………………………………

14. Koszt szkolenia 1 osoby **\*** (bez VAT, bez kosztów przejazdu, zakwaterowania i wyżywienia) .…………..………………… słownie złotych:………………………………………………………………………… ….………….………………………….………

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

16. Całkowity koszt szkolenia (koszt 1 osoby x ilość uczestników):……………………………………………………………….

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

17. Termin płatności (płatne jednorazowo): ……………………..………dni od daty wystawienia.

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

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

\* **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.**