**INFORMACJA O WYBRANYCH STUDIACH PODYPLOMOWYCH**

**W RAMACH REZERWY KFS**

1. Nazwa organizatora studiów podyplomowych:…………………………………………
2. Adres organizatora studiów podyplomowych:……………………………………….....

…………………………………………………………………………………………..

1. Miejsce przeprowadzenia zajęć: ………………………………………………………..
2. Nr telefonu: ……………………………………………………………………………..
3. Nr fax: …………………………………………………………………………………..
4. Adres e-mail: …………………………………………………………………………....
5. NIP: ………………………REGON:………………………KRS:……………………...
6. Rodzaj prowadzonej działalności wg PKD/2007/:……………………………………....
7. Posiadanie certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego **(załączyć kopię)**: ….……………………………………..………………………………………...
8. Kierunek studiów podyplomowych: ….…………………………………………………

…………………………………………………………………………………………...

1. Termin rozpoczęcia studiów: ……………………………………………………….......
2. Przewidywany termin zakończenia studiów: ……………………………………………
3. Liczba semestrów studiów podyplomowych…………………………………………….
4. Koszt studiów podyplomowych ogółem[[1]](#footnote-1) (nie obejmuje kosztu dojazdu, zakwaterowania, wyżywienia, organizacji zajęć integracyjnych i innych działań nie związanych z realizacją programu kształcenia):

tj. **wnioskowana liczba osób do udziału w studiach podyplomowych x koszt studiów podyplomowych jednej osoby:** .......................……………….............................................................….

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

1. Koszt studiów podyplomowych jednej osoby 1: ………………………..………………

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

1. Termin płatności: …………………………………………………...…………………..

…………………………………….

(miejscowość i data)

…………………………………….

(podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej)

**Załącznik nr 5a**  Program kształcenia

**UZASADNIENIE WYBORU REALIZATORA USŁUGI KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO FINANSOWANEJ ZE ŚRODKÓW REZERWY KFS**

**Zestawienie ofert porównywalnych**

(**co najmniej trzech**, w tym jednej wybranej przez pracodawcę)

**NAZWA USŁUGI** …………………………………………………..……………………………………....

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa realizatora usługi,**  **Adres, telefon** | **Liczba godzin** | **Termin realizacji**  **od … do ….** | **Miejsce realizacji** | **Cena usługi** | **Uwagi** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |

uzasadnienie wyboru :

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

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

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

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

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

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

- w przypadku braku dostępności podobnych usług oferowanych na rynku lub mniejszej niż trzech realizatorów kształcenia ustawicznego należy wskazać z czego wynika ww. brak:

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

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

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

…………………………………….

(miejscowość i data)

…………………………………….

(podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej)

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)