**INFORMACJA NA TEMAT WYBRANEGO EGZAMINU   
W RAMACH REZERWY KFS**

1. Nazwa instytucji egzaminującej/wydającej licencję\*: ……………………………….....

…………………………………………………………………………………………...

1. Adres:………………………………………....................................................................
2. Nr telefonu: ……………………………………………………………………………..
3. Nr fax: …………………………………………………………………………………..
4. Adres e-mail: …………………………………………………………………………....
5. Posiadanie certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego **(załączyć kopię)** …………………………………………………………………………………...
6. Nazwa egzaminu/uzyskanej licencji\*…………………………………………………....
7. Podstawa prawna do przeprowadzenia egzaminu/uzyskania licencji……………………

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

1. Planowany termin egzaminu/uzyskania licencji: ……………………………………….
2. Koszt egzaminu/licencji ogółem [[1]](#footnote-1) (nie obejmuje kosztu dojazdu, zakwaterowania, wyżywienia i innych działań nie związanych z realizacją egzaminu):

tj. **wnioskowana liczba osób do udziału w egzaminie x koszt egzaminu jednej osoby:** .......................……….....................................................……….............................................................…..

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

1. Koszt egzaminu/licencji jednej osoby 1: ………………………..……………………….

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

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

…………………………………….

(miejscowość i data)

…………………………………….

(podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej)

**Załącznik nr 6a** Zakres egzaminu

**Załącznik nr 6b** Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawionego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego

*\*niepotrzebne skreślić*

**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)