**INFORMACJA O WYBRANYCH STUDIACH PODYPLOMOWYCH**

**W RAMACH 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:……………………………….
6. Rodzaj prowadzonej działalności wg PKD/2007/:……………………………………...
7. Posiadanie certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego ……….

………………………………………………………………………………………….

1. 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 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)