**Załącznik nr 4 do wniosku o dofinansowanie kształcenia**

**ustawicznego w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

**Informacje dotyczące realizatora usługi kształcenia ustawicznego w ramach dofinansowania z Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

**CZĘŚĆ I**

**(wypełnia wykonawca usługi kształcenia ustawicznego)**

1. Pełna nazwa i adres instytucji ………………….........................................................................................

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

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

Telefon/fax. ...................................................................... e-mail .............................................................

Regon ................................................. NIP ................................................ PKD .......................................

1. Nr aktualnego wpisu do ewidencji instytucji szkoleniowych w WUP (o ile taki posiada)

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

1. Dokument, na podstawie którego instytucja prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego: ………………………………………….........................................................................................

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

1. Posiadane certyfikaty jakości oferowanych usług ..............................................................................

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

1. Imię i nazwisko osoby, z którą można się kontaktować w sprawie usługi kształcenia:

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

1. Nazwa kształcenia ustawicznego: …………………..................................................................................

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

1. Liczba godzin: ......................................................................................................................................
2. Planowany termin realizacji (rozpoczęcie najpóźniej 31.05.2019r.): ..................................................
3. Miejsce realizacji: ...............................................................................................................................
4. Całkowity koszt netto (za 1 osobę) ....................................................................................................
5. Koszt całkowity obejmuje (elementy składowe kosztów szkolenia z wyłączeniem wyżywienia, zakwaterowania czy dojazdów): ……………...........................................................................................

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

*UWAGA!*

*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.*

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

(data i podpis przedstawiciela instytucji realizującej usługę szkoleniową)

**CZĘŚĆ II**

**(wypełnia pracodawca)**

1. Cena wybranej usługi w porównaniu z ceną podobnych usług oferowanych na rynku (proszę wskazać co najmniej 1 inny podmiot, który realizuje daną usługę i koszt takiej usługi oferowany przez inny podmiot, o ile takie istnieją):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa instytucji wykonującej daną usługę kształcenia ustawicznego | Nazwa kształcenia ustawicznego | Termin realizacji usługi | Liczba godzin | Koszt usługi |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |

1. Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego………………………………………………….

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

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

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

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

(data i podpis pracodawcy)