

....., dnia.....
(miejscowość)

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY

*Oświadczam, że ofertą porównywalną z kosztami podobnych usług dostępnych na rynku
jest oferta z Instytucji szkoleniowej/uczelni:*

Nazwa Instytucji szkoleniowej/uczelni:			NIP:
Siedziba Instytucji szkoleniowej/uczelni:			
Kod pocztowy:	Miasto:	Ulica:	Województwo:
Miejsce odbywania kształcenia ustawicznego:		Telefon do Instytucji szkoleniowej:	
Forma kształcenia ustawicznego: (stacjonarnie / online)			
Koszt kształcenia ustawicznego jednej osoby (koszty nie mogą zawierać kosztów związanych z przejazdem, zakwaterowaniem oraz wyżywieniem uczestników)			
Nazwa kształcenia ustawicznego:			
Termin kształcenia ustawicznego:		od..... do.....	
Liczba godzin kształcenia ogółem:		Koszt osobogodziny:	



Powiatowy Urząd Pracy w Pleszewie ul. Wyspiańskiego 6 63-300 Pleszew
tel.: (62) 7427 – 425 pleszew.praca.gov.pl e-mail: popl@praca.gov.pl



Krajowy
Fundusz
Szkoleniowy

Plan nauczania			
l.p.	Tematy zajęć	Liczba godzin teoretycznych	Liczba godzin praktycznych
1.			
2.			
3.			
Itđ.			
RAZEM			

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą i jestem świadomy/a odpowiedzialności prawnokarnej za składanie nieprawdziwych oświadczeń.

Nie przedłożenie niniejszego załącznika skutkować będzie odrzuceniem Wniosku na etapie oceny formalnej.

.....
(podpis i pieczęć pracodawcy)



Powiatowy Urząd Pracy w Pleszewie ul. Wyspiańskiego 6 63-300 Pleszew
tel.: (62) 7427 – 425 pleszew.praca.gov.pl e-mail: popl@praca.gov.pl



**Krajowy
Fundusz
Szkoleniowy**

Nabór Rezerwa KFS – I/2025