

.....
(pieczęć zakładu pracy)

.....
(miejsce i data)

DOFINANSOWANIE SZKOLENIA

Niniejszym
(pełna nazwa zakładu pracy współfinansującego szkolenie)

.....
(dokładny adres zakładu pracy współfinansującego szkolenie)

Nr NIP Nr REGON

Dofinansuje Pani/ Pana
(imię i nazwisko)

zameldowanego
(dokładny adres zameldowania skierowanego)

kurs

organizowany przez Akademię Zdrowia z siedzibą w Justynowie przy ulicy Głównej 81, kod 95-020,
filia w Kielcach, ul. Al. IX Wieków Kielc 8/24, 25- 548 Kielce.

Jednocześnie oświadczamy, iż Nasz Zakład Pracy pokryje koszty szkolenia w wysokości zł.
w/w osoby w terminie 7 dni od daty wystawienia faktury potwierdzającej udział na kursie.

.....
(pieczęć i czytelny podpis osoby upoważnionej przez Zakład Pracy)

OŚWIADCZENIE

Oświadczamy, że Nasza firma jest podatnikiem podatku VAT i niniejszym upoważniamy firmę Akademia Zdrowia JUSTYNÓW UL. GŁÓWNA 81 do wystawienia FA VAT za uczestnictwo osoby przez nas skierowanej na kurs bez naszego podpisu.

Nasz nr NIP:

.....
(pieczęć i czytelny podpis osoby upoważnionej przez Zakład Pracy)