

.....
(pieczęć zakładu pracy)

.....
(miejsce i data)

Niniejszym
(pełna nazwa jednostki refundującej naukę)

.....
(dokładny adres jednostki)

Nr NIP:..... Nr REGON:.....

zrefunduje Panu/ Pani
(imię i nazwisko)

zameldowanego.....
(dokładny adres zameldowania skierowanego)

naukę SPECJALIZACJA Pielęgniarstwo

prowadzonej przez Akademię Zdrowia Izabela Łajs siedzibą w Justynowie przy ulicy
Główna 81; kod 95-020 Justynów; Filia w Łodzi ul. Kilińskiego 21, kod 90-205 Łódź.
Jednocześnie oświadczamy, iż Nasza jednostka pokryje część kosztów nauki

osoby tj.....
w terminie 7 dni od daty wystawienia faktury.

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

OŚWIADCZENIE

Oświadczamy, że Nasza firma jest podatnikiem podatku VAT i niniejszym upoważniamy firmę
Akademia Zdrowia Izabela Łajs Justynów, ul. Główna 81 do wystawienia FA VAT bez naszego
podpisu.

Nasz nr NIP:.....

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