



Koszt uczestnictwa w szkoleniu: **280 zł netto za uczestnika**  
**Cena zawiera:** materiały szkoleniowe oraz zaświadczenie o ukończeniu szkolenia przesyłane na maila.  
*Rezygnacji można dokonać mailem lub telefonicznie na 2 dni robocze przed planowanym terminem szkolenia.*  
*W przypadku rezygnacji ze zgłoszonego uczestnictwa po tym terminie ośrodek może obciążyć instytucję delegującą kosztami ww. szkolenia.*

AO.2403.14.2024.JG

**KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNICTWA W SZKOLENIU**

Wybierz termin zajęć:  23 lutego  9 kwietnia 2024 r.

<b>Dane do faktury:</b>	<b>POWIAT POLICKI</b> ul. Tanowska 8 72-010 Police NIP 851-25-50-469	Wypełnioną kartę proszę przesać faxem na numer: <b>22 350 77 47</b> lub <b>85 87 42 196</b> lub mailem na adres: <b>wojciech@owal.edu.pl</b>
Nabywca: .....	.....	
Adres: .....	.....	Opiekun szkolenia: Wojciech Mioduszewski 577 244 311
.....	.....	
Odbiorca: .....	<b>STAROSTWO POWIATOWE</b> w Policach 72-010 Police, ul. Tanowska 8 (7)	
Adres: .....	.....	

**Zgłaszamy udział następujących osób w szkoleniu:**

Imię i nazwisko	Wydział	e-mail uczestnika	Telefon komórkowy (do kontaktu w czasie szkolenia)
Izabela Geller	Administracji i Organizacji	geller@policki.pl	91 43-28-127

WICESTAROSTA *Joanna Napiwodzka*  
 STAROSTA *Andrzej Duda*  
 Podpis osoby zgłaszającej uczestników szkolenia

**Oświadczenie na potrzeby zwolnienia z podatku VAT**

Oświadczam, że szkolenie dla wyżej wymienionych pracowników ma charakter usługi kształcenia zawodowego/przekwalifikowania zawodowego oraz że jest finansowane ze środków publicznych:

- w całości - zgodnie z treścią art. 43 ust. 1 pkt. 29c ustawy o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2018, poz. 2174 z późn. zm.) lub
- w co najmniej 70% - zgodnie z treścią par. 3 ust. 1 pkt 14 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 20.12.2013 r. w sprawie zwolnień od podatku od towarów i usług oraz warunków stosowania tych zwolnień (Dz. U. z 2015 r., poz. 736).

**ŹRÓDŁO FINANSOWANIA**

Dysponent *AO* Dział *450* Rozdział *450400*  
 Dnia *07.02.24* podpis *[Signature]* (6)

Podpis osoby upoważnionej do zaciągania zobowiązań w imieniu zgłaszającego

WICESTAROSTA *Joanna Napiwodzka*  
 STAROSTA *Andrzej Duda*  
 SKARBNIK POWIATU  
*Joanna Wawrzycka*