*Załącznik nr 6*

 *do wniosku o przyznanie środków z KFS*

………………………………………………………

 /pieczęć instytucji egzaminującej/

## **INFORMACJA O EGZAMINIE FINANSOWANYM**

**W RAMACH KFS** */ wypełnia instytucja egzaminująca/*

1. Nazwa instytucji egzaminującej:…………………………………………………………………….………………………………………………………………..

2.Adres instytucji egzaminującej:…………………………………….………………………………………………………….……………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….........

3. Nr telefonu: ........…………………………………………………………………………………………………………………………………………….…....…….

4. Nr fax: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………...

5.Adres e-mail: ……………………………………………………………………………………………………………………………...............................................

6.NIP:…………………………………………………………………………………….………………..REGON:……………………………………………….….…………

7. Rodzaj prowadzonej działalności wg PKD/2007/:…………………………………………………….………………..…………………………………..….…

8. Nazwa egzaminu:………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

9. Termin przeprowadzenia egzaminu ………………………………………………………………………………………………………

10. Koszt egzaminu ( w koszcie egzaminu nie ujmować kosztów związanych z zakwaterowaniem, wyżywieniem oraz dojazdem): ………………………………………………………….….słownie złotych:……………………………….……………………………………..……………………….… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

11. Płatne jednorazowo ………………………… Termin płatności ………………………………………………………..…….……………..\*

 (kwota) (dzień/miesiąc/rok)

 Płatne w ratach:

I rata …………………………………. Termin płatności …………………………………………………….…………………………………………...\*

 (kwota) (dzień/miesiąc/rok)

II rata ………………………………… Termin płatności …………………………………......................................................................................\*

 (kwota) (dzień/miesiąc/rok)

.......................................................... ……........…………..................................................

*/miejscowość i data/* */stanowisko i podpis osoby uprawnionej*

 *ze strony instytucji egzaminującej/*

*\*niepotrzebne skreślić*