|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WYKAZ OSÓB KORZYSTAJĄCYCH Z USŁUGI ROZWOJOWEJ**  | **Załącznik nr do****Umowy dotyczącej refundacji kosztów usług rozwojowych** |  |
| **Oświadczam, że osoby wymienione w niniejszym wykazie to właściciele i/lub pracownicy przedsiębiorstwa**  | Nazwa firmy |  |
| NIP firmy |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Dane osób korzystających z n/w usługi rozwojowej** (należy właściwe zaznaczyć) | **Koszt usługi rozwojowej****(wartość określona w karcie usługi z BUR)** |
| **Imię i nazwisko** | **PESEL (należy dołączyć Kartę zgłoszeniową wraz z Oświadczeniem)** | **Właściciel przedsiębiorstwa** | **Pracownik****zajmujący stanowisko kierownicze/menadżerskie** | **Pracownik przewidziany do awansu na stanowisko kierownicze/menadżerskie** | **Kwota netto** | **Kwota brutto** |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |  |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |  |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |  |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |  |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |  |
| **Kwota ogółem** |  |  |

|  |
| --- |
| **Wyżej wymienione osoby będą korzystać z usługi rozwojowej:** |
| **Tytuł (pełna nazwa) usługi rozwojowej (np. diagnoza/szkolenie/doradztwo)** (istnieje możliwość zamieszczenia linku do usługi) | **Podmiot realizujący usługę rozwojową** **(proszę podać pełną nazwę)** | **Miejsce realizacji usługi rozwojowej** | **Termin realizacji** **usługi rozwojowej****według danych z BUR** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Numer karty****wypełnia Operator** | **………/AM/20……../…….** | **Data, pieczątka firmy i czytelny podpis/-y osoby/osób uprawnionych do reprezentowania przedsiębiorstwa** |  |