### OŚWIADCZENIE

#### Dane organizatora szkolenia:

Pełna nazwa:

Adres (województwo, powiat, gmina, miejscowość, kod pocztowy, ulica, nr domu i lokalu:

Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP) (10 cyfr):

Nr rachunku bankowego(26 cyfr):

Potwierdzam zgłoszenie udziału Pani/Pana (uczestnika szkolenia):

(Imię i nazwisko oraz nr PESEL)

w szkoleniu (należy zaznaczyć właściwy rodzaj szkolenia wraz z zaznaczeniem poziomu):

1. język polski w piśmie nauczany metodą glottodydaktyczną (wybierz poziom - A1, A2, B1, B2, C1, C2)
2. PJM (wybierz poziom A1, A2, B1, B2, C1, C2 lub podstawowy, średniozaawansowany, zaawansowany)
3. SJM (wybierz poziom podstawowy, średniozaawansowany lub zaawansowany)
4. SKOGN (wybierz poziom podstawowy, średniozaawansowany lub zaawansowany)
5. tłumacz-przewodnik (wybierz poziom podstawowy, średniozaawansowany lub zaawansowany)

Termin szkolenia:

Liczba godzin szkolenia:

Koszt szkolenia: zł (słownie: )

Potwierdzam wpłatę przez wskazanego wyżej uczestnika szkolenia, środków stanowiących udział własny w kosztach szkolenia, w wysokości:

 zł (słownie: )

Zobowiązuję się do umożliwienia zweryfikowania przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych wykorzystania dofinansowania przyznanego dla wymienionego wyżej uczestnika szkolenia, również w miejscu wykonania usług szkolenia.

 , dnia r.

(Miejscowość)

(Podpis Organizatora szkolenia)