|  |
| --- |
| pieczęć instytucji szkolącej / egzaminującej |
| **PROGRAM KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO LUB ZAKRES EGZAMINU** (wypełnia instytucja szkoląca / egzaminująca) |
|  |
| **Nazwa i adres instytucji szkolącej / egzaminującej** |
|  |
| **Nazwa kształcenia ustawicznego/egzaminu** |
|  |
| **Czas trwania i sposób organizacji kształcenia ustawicznego** |
|  |
| **Wymiar godzinowy kształcenia ustawicznego** |
|  |
| **Miejsce prowadzenia zajęć** |
|  |
| **Wymagania wstępne dla uczestników kształcenia ustawicznego** |
|  |
| **Nazwa dokumentu wydawanego po ukończeniu kształcenia ustawicznego/zdaniu egzaminu** |
|  |
| **Cena kształcenia ustawicznego/egzaminu netto na jednego uczestnika** |
|  |
| **Cel kształcenia ustawicznego/egzaminu** |
|  |
| **Program kształcenia ustawicznego/zakres egzaminu** |
|  |
|  |
|  |
|  |
| …………………………………………………… |
| pieczęć i podpis osoby reprezentującej instytucję szkolącą / egzaminującą |
| …………………………………………………..…  *(pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej*  *do reprezentowania pracodawcy, w przypadku braku imiennej pieczęci*  *należy złożyć podpis własnoręczny)* |