

HARMONOGRAM PŁATNOŚCI

| Lp | Nazwa: kursu / studiów podyplomowych / egzaminu / zakresu badań lekarskich / polisy NNW / diagnozy potrzeb szkoleniowych | Nazwa organizatora kształcenia | Termin/y i wysokość płatności uzgodniony/e z organizatorem wsparcia* |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | | | kwota płatna do kwota płatna do kwota płatna do |
| 2. | | | kwota płatna do kwota płatna do kwota płatna do |
| 3. | | | kwota płatna do kwota płatna do kwota płatna do |
| 4. | | | kwota płatna do kwota płatna do kwota płatna do |
| 5. | | | kwota płatna do kwota płatna do kwota płatna do |
| 6. | | | kwota płatna do kwota płatna do kwota płatna do |

.....
(pieczęć i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej)

* W przypadku płatności ratalnej należy podać wysokości i terminy płatności poszczególnych rat