**Załącznik nr 5 do Wniosku**

**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\*** |
|  |  |  | kwota …………………… płatna do ….........................  kwota …………………… płatna do ….........................  kwota …………………… płatna do …......................... |
|  |  |  | kwota …………………… płatna do ….........................  kwota …………………… płatna do ….........................  kwota …………………… płatna do …......................... |
|  |  |  | kwota …………………… płatna do ….........................  kwota …………………… płatna do ….........................  kwota …………………… płatna do …......................... |
|  |  |  | kwota …………………… płatna do ….........................  kwota …………………… płatna do ….........................  kwota …………………… płatna do …......................... |
|  |  |  | kwota …………………… płatna do ….........................  kwota …………………… płatna do ….........................  kwota …………………… płatna do …......................... |
|  |  |  | 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