

Załącznik nr 2

**WYKAZ OSÓB OBJĘTYCH KSZTAŁCENIEM USTAWICZNYM Z KFS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i Nazwisko** | **Nazwa usługi kształcenia ustawicznego** | **Cena usługi kształcenia z KFS** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |
| 8. |  |  |  |
| 9. |  |  |  |
| 10. |  |  |  |

…………………………………….

 *(pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby
 upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)*