

.....
Miejscowość, data

.....
Pieczęć jednostki

**Centrum Monitorowania Jakości
w Ochronie Zdrowia
ul. Kapelanka 60
30-347 Kraków**

Oświadczam, że następująca usługa szkoleniowa nabyta od Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia :

Tytuł szkolenia :

Termin :

Imię i Nazwisko uczestnika :

.....

ma charakter kształcenia zawodowego lub przekwalifikowania zawodowego oraz jest finansowana ze środków publicznych:

- w całości zgodnie z art. 43 ust. 1 pkt 29 lit. C ustawy z dnia 11.03.2004r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. Nr 54, poz. 535 z późn. zm.)

lub

- w co najmniej 70% zgodnie z § 3 ust. 1 pkt 14 Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 20.12.2013r. w sprawie zwolnień od podatku i usług oraz warunków stosowania tych zwolnień (Dz. U. z 2015r. poz. 736)

.....
Podpis osoby upoważnionej do zaciągania
zobowiązań wobec Jednostki