

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