

OŚWIADCZENIE

Oświadczam , że usługa szkolenia organizowana przez Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kielcach , 25-734 Kielce , ul Jagiellońska 66 ; NIP; 959-13-16-649 :

.....
tytuł szkolenia

.....
data szkolenia

mająca charakter usługi kształcenia zawodowego / przekwalifikowania zawodowego , jest finansowana ze środków publicznych .

Prosimy zaznaczyć właściwą opcję .

OPCJA 1

w całości , zgodnie z treścią art.43ust1 pkt. 29 lit.c Ustawy z 11.03.2004 o podatku od towarów i usług

OPCJA 2

co najmniej 70% zgodnie z treścią §3 ust.1 pkt. 14 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 20.12.2013 w sprawie zwolnień od podatku od towarów i usług oraz warunków stosowania zwolnień

Osoba upoważniona do składania oświadczenia :

Imię i nazwisko :

Stanowisko :

Data :

Pieczętka i podpis :

Pieczętka instytucji :