**Załącznik nr 1.3 do wniosku** o finansowanie kosztów kształcenia ustawicznego   
 pracowników i pracodawcy ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego

**INFORMACJA WYBRANEGO REALIZATORA BADAŃ LEKARSKICH/PSYCHOLOGICZNYCH   
/**wypełnia realizator badań na każdy rodzaj badań oddzielnie/

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj badań** | ⎕ badania lekarskie ⎕ badania psychologiczne |
| **Całkowity koszt usługi  /za wszystkich uczestników/** |  |
| **Termin realizacji badań**  **/kwartał/y 2024 r./** |  |
| **Nazwa i siedziba realizatora**  **badań** |  |

………….……………………………  
 /pieczątka i podpis realizatora badań/