**Załącznik nr 1.4 do wniosku** o finansowanie kosztów kształcenia ustawicznego
 pracowników i pracodawcy ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego

**INFORMACJA WYBRANEGO REALIZATORA UBEZPIECZENIA OD NNW
/**wypełnia realizator na każdy rodzaj ubezpieczenia oddzielnie/

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj ubezpieczenia**  |  |
| **Całkowity koszt usługi /za wszystkich uczestników/** |   |
| **Termin realizacji** **/kwartał/y 2024r./** |  |
| **Nazwa i siedziba realizatora****ubezpieczenia** |  |

 ……………………………………………….
 /pieczątka i podpis realizatora ubezpieczenia/