**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/