**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/