

....., dnia

.....

(pieczęćka firmy)

ZAŚWIADCZENIE

Nazwa instytucji egzaminującej / nadającej licencję*

.....

.....

Adres

Numer telefonu

REGON

EKD/PKD

Osoba reprezentująca instytucję

Nazwa egzaminu / uzyskania licencji*

Planowany termin egzaminu / uzyskania licencji*

Osoba spełnia wymagania przystąpienia do egzaminu / uzyskania licencji* TAK NIE

Koszt egzaminu / uzyskania licencji*

słownie:

zostanie dokonany przelewem na konto instytucji egzaminującej

BANK

Nr rachunku

□ □ - □ □ □ □ - □ □ □ □ - □ □ □ □ - □ □ □ □ - □ □ □ □ - □ □ □ □

przed terminem egzaminu / uzyskania licencji* po pozytywnie rozpatrzonym wniosku przez

Powiatowy Urząd Pracy w Świętochłowicach

.....

(podpis osoby uprawnionej)