

**Harmonogram płatności**

Lp.	Planowane działania tematyka szkolenia / kierunek studiów/ rodzaj egzaminów / badania lekarskie / polisa NNW	Termin realizacji kształcenia  od - do	Termin płatności ustalony z realizatorem działania*	Wysokość wymaganej płatności*  (100%)

\* W przypadku płatności ratalnej należy podać wysokości i terminy płatności poszczególnych rat.

Data .....

Pieczętka i podpis Pracodawcy .....