Załącznik nr 4 do wniosku

**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

Pieczątka i podpis Pracodawcy