…………………………………………

 *Miejsce i data*

………………………………

*Pieczęć Jednostki*

**Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa im. prof. dr hab. Tadeusza Dorobisza we Wrocławiu**

**ul. Czerwonego Krzyża 5/9**

**50-345 Wrocław**

Oświadczamy, że nabyta od Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa im. prof. dr hab. Tadeusza Dorobisza we Wrocławiu z siedzibą we Wrocławiu przy ulicy Czerwonego Krzyża 5/9 usługa szkoleniowa o tytule (proszę podać tytuł szkolenia: …………………..............………………………………………………......................................................................

w terminie ………………………. dla pracowników naszej firmy jest finansowana ze środków publicznych lub środków Unii Europejskiej:

1. w całości zgodnie z treścią art. 43 ust. 1 pkt 29 lit. c ustawy z dnia 11.03.2004 o podatku od towarów i usług (Dz.U. Nr 54, poz. 535 ze zm.) lub
2. w co najmniej 70% zgodnie z treścią § 13 ust. 1 pkt 19 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 4 kwietnia 2011 r. w sprawie wykonania niektórych przepisów ustawy o podatku od towarów i usług (Dz. U. Nr 73, poz. 392)\*.

\* prosimy o skreślenie niepotrzebnej opcji a lub b

 …………………………………………….

*Podpis osoby upoważnionej do zaciągania*

*zobowiązań wobec Jednostki*