………………………………………….

(*data, miejscowość sporządzenia*)

……………………………………………………………………

……………………………………………………………………

……………………………………………………………………

……………………………………………………………………

……………………………………………………………………

(*imię, nazwisko, firma, adres fizyczny, adres email*)

Oświadczenie

**Fundacja Uniwersytetu Medycznego**

**we Wrocławiu**

ul. Mikulicza Radeckiego 5,

50-345 Wrocław

NIP: 898-00-26-419

W celu zakupu usługi szkoleniowej pt. „Odpowiedzialność karna pracowników medycznych za skutki błędu medycznego”

zwolnionej z podatku vat oświadczam, że usługa szkoleniowa jest:

o finansowana w całości ze środków publicznych,1

o finansowana w co najmniej 70% ze środków publicznych.2

(*zaznacz poprawne*)

Uczestnikiem szkolenia jest: …………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………… (*imię, nazwisko, adres e-mail*)

Oświadczam, że podane dane i informacje są prawdziwe, z wszelkimi tego konsekwencjami.

…………………………………………………………

(*Podpis osoby upoważnionej i pieczęć firmy*)

1 art. 43 ust. 1 pkt 29 lit. c ustawy o podatku od towarów i usług „Zwalnia się od podatku usługi kształcenia zawodowego lub przekwalifikowania zawodowego, inne niż wymienione w pkt 26, **finansowane w całości ze środków publicznych** oraz świadczenie usług i dostawę towarów ściśle z tymi usługami związane.”

2 § 3 ust. 1 pkt 14 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 20 grudnia 2013 r. w sprawie zwolnień od podatku od towarów i usług oraz warunków stosowania tych zwolnień „Zwalnia się od podatku usługi kształcenia zawodowego lub przekwalifikowania zawodowego, finansowane w co najmniej 70% ze środków publicznych oraz świadczenie usług i dostawę towarów ściśle z tymi usługami związane.