

.....  
(Miejscowość i data)

.....

.....

.....  
( Dane Uczestnika)

**Wniosek do umowy nr..... z dnia ..... o zobowiązaniach stron trzyletnich studiów podyplomowych „Master of Business Administration w ochronie zdrowia” w Uniwersytecie Medycznym w Lublinie (studia podyplomowe)**

Wnoszę o wyrażenie zgody na partycypowanie w kosztach za studia podyplomowe przez moją pracodawcę zgodnie z poniższym oświadczeniem pracodawcy.

.....  
**(podpis Uczestnika)**

### **Oświadczenie pracodawcy dotyczące finansowania kosztów kształcenia podyplomowego**

Uprawniony do działania w imieniu .....

..... zwanego dalej Firmą.

zatrudniającej/ego Panią /Pana .....oświadczam, że:

- 1) zobowiązuję się do sfinansowania całości /części kosztów kształcenia pracownika Firmy

Pani/Pana:.....

na trzyletnich studiach podyplomowych „Master of Business Administration w ochronie zdrowia” prowadzonych na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie, rozpoczynających się semestrze letnim roku akademickiego 2021/2022

- 2) zobowiązuję się do wniesienia opłaty za studia podyplomowe o których mowa w pkt 1 w wysokości:

.....zł ( słownie zł: ..... )

w następujący sposób:

⊖ jednorazowo - w wysokości: ..... zł (słownie złotych: ..... 00/100) - płatnej w terminie 7 dni od dnia zawarcia przez Uniwersytet umowy z Uczestnikiem dot. zobowiązań stron studiów podyplomowych o których mowa w pkt 1);

⊖ w ..... ratach:

\* niepotrzebne skreślić

1) za pierwszy semestr - w wysokości: ..... zł (słownie złotych: ..... 00/100) - w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy,

2) za drugi semestr - w wysokości: ..... zł (słownie złotych: ..... 00/100) - w terminie 7 dni od zakończenia pierwszego semestru,

3) za trzeci semestr - w wysokości: ..... zł (słownie złotych: ..... 00/100) - w terminie 7 dni od zakończenia drugiego semestru,

przelewem na konto Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Al. Raclawickie 1, 20-059 Lublin, rachunek bankowy: mBank SA 32 1140 1094 0000 4210 7800 1002,

4) znana jest mi treść zawartej pomiędzy Uniwersytetem i Uczestnikiem umowy Nr ..... z dnia ..... r. o zobowiązaniach stron trysemestralnych studiów podyplomowych „Master of Business Administration w ochronie zdrowia” oraz treść Regulaminu trysemestralnych studiów podyplomowych „Master of Business Administration w ochronie zdrowia” oraz warunków i trybu rekrutacji stanowiącego załącznik do uchwały Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie nr 147/2022 z 23.02.2022 roku,

5) zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Panią/Pana ..... oraz Uniwersytet o odstąpieniu od finansowania studiów podyplomowych o których mowa w pkt 1,

6) Firma jest/ nie jest płatnikami podatku od towarów i usług VAT i posiada numer identyfikacji podatkowej NIP: .....

Dane kontaktowe pracodawcy:

.....  
(Pełna nazwa pracodawcy)

.....  
(Adres siedziby – ulica, nr, miejscowość, kod pocztowy)

.....  
(Imię i nazwisko oraz numer telefonu i adres e-mail osoby upoważnionej do składania oświadczenia)

(Podpis osoby upoważnionej i pieczęć)

\* niepotrzebne skreślić