Oświadczam, że usługa nabyta od Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii:

………………………………………………………………………………………………

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

*(tytuł i data szkolenia)*

mająca charakter usługi kształcenia zawodowego/ przekwalifikowania zawodowego, jest finansowana ze środków publicznych:

a). w całości, zgodnie z treścią art. 43 ust. 1 pkt 29 lit.c Ustawy z 11.03.2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. 2011 Nr 177, poz. 1054 j.t.)

b). w co najmniej 70%, zgodnie z treścią §3 ust.1 pkt 14 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 20.12.2013 r. w sprawie zwolnień od podatku od towarów i usług oraz warunków stosowania tych zwolnień (Dz. U. 2013, poz. 1722 j.t.)

**\*Prosimy zaznaczyć właściwą opcję a) lub b)**

**Osoba upoważniona do składania oświadczenia:**

Imię nazwisko ………………………………………………

Stanowisko ………………………………………………

Dane kontaktowe ………………………………………………

Miejscowość ………………………………………………

Data ………………………………………………

Pieczątka i podpis ………………………………………………

Pieczątka instytucji ………………………………………………