*Załącznik nr 2*

|  |
| --- |
| **WYPEŁNIA OPERATOR: Warmińsko-Mazurski Związek Pracodawców Prywatnych**  |
| Data i godzina wpływu: |  |
| ID wsparcia |  |

**Informacja dotycząca usługi rozwojowej**

**do projektu „BUR w działaniu. Edukacja przez całe życie”**
nr Projektu: FEWM.06.05-IZ.00-0203/23

|  |
| --- |
| **INFORMACJA DOTYCZĄCA USŁUGI ROZWOJOWEJ** *(wypełnić jeśli dotyczy)* |
| Nazwa usługi rozwojowej:*(zgodna z kartą usługi BUR)* |  |
| Numer karty usługi:*(zgodny z kartą usługi BUR)* |  |

***Jeżeli dotyczy załączyć wydrukowaną kartę usługi BUR***

|  |
| --- |
| **INFORMACJA DOTYCZĄCA USŁUGI ROZWOJOWEJ** *(wypełnić jeśli dotyczy)* |
| Nazwa usługi rozwojowej:*(zgodna z kartą usługi BUR)* |  |
| Numer karty usługi:*(zgodny z kartą usługi BUR)* |  |

***Jeżeli dotyczy załączyć wydrukowaną kartę usługi BUR***

|  |
| --- |
| **INFORMACJA DOTYCZĄCA USŁUGI ROZWOJOWEJ** *(wypełnić jeśli dotyczy)* |
| Nazwa usługi rozwojowej:*(zgodna z kartą usługi BUR)* |  |
| Numer karty usługi:*(zgodny z kartą usługi BUR)* |  |

 ***Jeżeli dotyczy załączyć wydrukowaną kartę usługi BUR***

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

*miejscowość i data czytelny podpis Uczestnika/-czki Projektu*