*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*