

Wybór wykładowców do przeprowadzenia kursu specjalizacyjnego/doskonalącego*												
Nazwa jednostki szkolącej												
Tytuł kursu								Numer kursu**				
Planowany termin realizacji kursu												
Forma organizacji kursu			☐ Stacjonarna					☐ On-line				
			miejsce realizacji kursu:									
Lp.	Tytuł	Imię i nazwisko	Dane niezbędne do zawarcia umowy***	PESEL /NIP***	Adres e - mail	Zaznaczyć jeżeli Pracownik SUM	Uzasadnienie propozycji wyboru wykładowcy	Liczba godzin zajęć		Wartość wynagrodzenia	Wartość brutto (kwota uwzględniająca ZUS)	Korzystanie z praw autorskich****
								Wykłady/ Seminaria	Ćwiczenia			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1						TAK/NIE						TAK/NIE
2												
3												
4												
5												
RAZEM												

* niewłaściwe skreślić

** jeżeli dotyczy

*** pełny adres zamieszkania lub dane działalności gospodarczej prowadzonej przez osobę fizyczną

**** realizowane godziny są przedmiotem prawa autorskiego wobec spełnienia kryteriów z art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 4.02.1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych

Wyboru wykładowców dokonał Kierownik naukowy kursu

Podpis i pieczęć imienna: Data:

Oceny merytorycznej wykładowców dokonał Dziekan lub Pełnomocnik Rektora

Podpis i pieczęć imienna: Data:

Wyceny wartości brutto (z kwotą uwzględniającą ZUS) dokonał Pracownik Dziekanatu

Podpis i pieczęć imienna: Data:

Opinia w zakresie trybu udzielania zamówienia i poprawności wyceny wartości brutto (uwzględniającą ZUS) dokonał Kierownik Działu Kształcenia Podyplomowego
Uzasadnienie

.....

Podpis i pieczęć imienna: Data:

Opinia Kwestora

Rezerwacja kosztów:

Podpis i pieczęć imienna: Data:

Zgoda na realizację

Kanclerz

Podpis i pieczęć imienna: Data: