

**PODANIE O POMOC FINANSOWĄ NA CELE SZKOLENIOWE
DLA LEKARZA / LEKARZA DENTYSTY***

Nr wniosku.....

IMIĘ I NAZWISKO.....

NUMER PWZ **TEL.KONTAKTOWY**.....

URZĄD SKARBOWY.....

AKTUALNY ADRES ZAMIESZKANIA (ZGODNY Z US)..... **KOD**.....-

Oświadczam, że Urząd Skarbowy jest zgodny z w/w miejscem zamieszkania

MIEJSCE I ADRES PRACY

AKTUALNIE UZYSKIWANA SPECJALIZACJA.....

KIEROWNIK SPECJALIZACJI

NAZWA KURSU / RODZAJ STAŻU*

MIEJSCE I TERMIN (-Y) KURSU (-ÓW)

NUMER KONTA

/podpis/

/podpis i pieczęć kierownika specjalizacji/

Załączniki:

- Kserokopia pierwszej i drugiej strony karty specjalizacyjnej oraz strony z wpisami za kursy,
- Oryginały rachunków,
- Kserokopia zaświadczenia o odbyciu kursu.

DECYZJA KOMISJI DS. KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO

Komisja postanowiła/nie/ przyznać pomoc/y/ finansową/ej/ w wysokości

/słownie...../

Uzasadnienie.....

Data.....

Podpis

**NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ*

KOMISJA DS. KSZTAŁCENIA MEDYCZNEGO WIELKOPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ