

Załącznik E

WNIOSEK O REFUNDACJĘ KOSZTÓW KSZTAŁCENIA

Dane wnioskodawcy:

Imię	
Nazwisko	
Numer PWZ wnioskodawcy	
Specjalizacja (jeśli posiada)	
Adres korespondencyjny wnioskodawcy	
Adres zamieszkania wnioskodawcy	
Numer kontaktowy wnioskodawcy	
Adres poczty elektronicznej wnioskodawcy (o ile posiada)	
Sposób przekazania środków finansowych: (Proszę wpisać "X" przy wybranej formie)	☐ przelew na konto podane poniżej ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ☐ odbiór osobisty w kasie WIL ☐ przekaz pocztowy
Właściwy Urząd Skarbowy ze względu na miejsce zamieszkania	
Tytuł kursu	
Data kursu	
Numer ewidencyjny kursu WIL	

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykorzystanie powyższych danych do celów aktualizacyjnych w rejestrze lekarzy i lekarzy dentystów Wielkopolskiej Izby Lekarskiej oraz oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

.....

(data)

.....

(czytelny podpis)

Do wniosku dołączam:

1. Zaświadczenie o ukończeniu kursu,
2. Oryginały faktur/ rachunków związanych z poniesionymi kosztami,
3. Klauzulę dotyczącą przetwarzania danych.

.....

(data)

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami dotyczącymi wypłat pomocy materialnej w Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej w zakresie refundacji kosztów kształcenia i je akceptuję. Ponadto wyrażam zgodę na przekazanie dodatkowych wyjaśnień lub dokumentów na rzecz Komisji ds. Kształcenia Medycznego w toku rozpatrywania mojego wniosku.

.....

(data)

.....

(czytelny podpis)

Oświadczam, że zostałam poinformowany, że z tytułu refundacji kosztów kształcenia otrzymam od Wielkopolskiej Izby Lekarskiej informację o uzyskanym przychodzie z tego tytułu (tzw. PIT-11)

.....

(data)

.....

(czytelny podpis)

Wypełnia Komisjs.ds. Kształcenia Medycznego:

Data rozpatrzenia wniosku przez Komisję ds. Kształcenia Medycznego	
Wniosek spełnia wymogi formalne	TAK/ NIE
Stwierdzone braki formalne	
Opinia Komisji ds. Kształcenia Medycznego	
Komisja ds. Kształcenia Medycznego zatwierdza wypłatę w wysokości: *niepotrzebne skreślić	
Komisja ds. Kształcenia Medycznego odrzuca wniosek o refundację *niepotrzebne skreślić	TAK/ NIE
Uwagi	

Data	Podpis Przewodniczącego/ Wiceprzewodniczącego Komisji ds. Kształcenia Medycznego
Data	Podpis Sekretarza Komisji ds. Kształcenia Medycznego

SEKRETARZ
Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

lek. Elżbieta Marcinkowska

PREZES
Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

dr n. med. Krzysztof Kordel