Załącznik G

**WNIOSEK O REFUNDACJĘ KOSZTÓW KSZTAŁCENIA LEKARZA STAŻYSTY/ LEKARZA STAŻYSTY DENTYSTY**

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 |  |
| Organizator kursu |  |

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)

Oświadczam, że jestem lekarzem stażystą/ lekarzem dentystą stażystą i staż podyplomowy rozpocząłem

w dniu…………………………………………….

……………………………… ……………………………………………

(data) (czytelny podpis)

Do wniosku dołączam:

1. Zaświadczenie o ukończeniu kursu,
2. Oryginały faktur/ rachunków związanych z poniesionymi kosztami
3. Klauzula dotycząca 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 zostałem 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 środków |  |
| Komisja ds. Kształcenia Medycznego odrzuca wniosek o refundację  | 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*** |