

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:<br>(Proszę wpisać "X" przy wybranej formie) | <input type="checkbox"/> przelew na konto podane poniżej<br>____ ____ ____ ____ ____ ____ ____<br><input type="checkbox"/> odbiór osobisty w kasie WIL<br><input type="checkbox"/> 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 dentyków 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. 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 w wysokości:<br>*niepotrzebne skreślić |          |
| Komisja ds. Kształcenia Medycznego odrzuca wniosek o refundację<br>*niepotrzebne skreślić    | TAK/ NIE |
| Uwagi  |          |

|      |   |
|------|---|
| Data | Podpis Przewodniczącego/<br>Wiceprzewodniczącego Komisji ds. Kształcenia Medycznego |
|      |   |
| Data | Podpis Sekretarza Komisji ds. Kształcenia Medycznego                                |
|      |   |