**WNIOSEK O PRZYZNANIE STYPENDIUM**

**Dane wnioskodawcy:**

Imię:

Nazwisko:

Numer PWZ wnioskodawcy:

Specjalizacja (jeśli posiada):

Adres korespondencyjny wnioskodawcy:

Adres zamieszkania wnioskodawcy:

Numer kontaktowy wnioskodawcy:

Adres poczty elektronicznej wnioskodawcy:

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:

Nazwa placówki, kursu, warsztatu:

Termin wydarzenia:

Uzasadnienie wyboru placówki, kursu, warsztatu oraz spodziewane korzyści dla aplikującego:

*podpis wnioskodawcy*

Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami przyznawania stypendium Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej i je akceptuję. Ponadto, wyrażam zgodę na przekazanie dodatkowych wyjaśnień lub dokumentów na rzecz Komisji ds. Kształcenia Medycznego Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w toku rozpatrywania mojego wniosku.

Oświadczam, że w przypadku pozytywnego wyniku postępowania kwalifikacyjnego, wyrażam zgodę na ogłoszenie tej informacji, poprzez wskazanie mojego imienia i nazwiska na stronie internetowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej oraz w Biuletynie Wielkopolskiej Izby Lekarskiej (w formie papierowej i elektronicznej).

Oświadczam, że w razie przyznania stypendium, wyrażam zgodę, aby sprawozdanie merytoryczne z odbytego kształcenia zawodowego sfinansowanego poprzez stypendium zostało opublikowane na stronie internetowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej oraz w Biuletynie Wielkopolskiej Izby Lekarskiej (w formie papierowej i elektronicznej).

*data, czytelny podpis wnioskodawcy*

**Wypełnia Komisja.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:

Komisja ds. Kształcenia Medycznego odrzuca wniosek o stypendium: TAK/ NIE\*

Uzasadnienie decyzji:

*Data, podpis Przewodniczącego/Wiceprzewodniczącego Komisji ds. Kształcenia Medycznego*

*\*niepotrzebne skreślić*