**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 (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 |  |
| 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 w 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.

………………………………… ……………………………

(data) (czytelny podpis)