**WNIOSEK NR 2**

**O WYSTAWIENIE FAKTURY ZA DOKONANĄ WPŁATĘ-PRACODAWCA**

…………………………, dnia ………………………….

(Miejscowość)

………………………………………………………zobowiązuje się do pokrycia kosztów czesnego za

(nazwa zakładu pracy)

Pana/Panią ………………………………………………………………………………………

(Imię i Nazwisko Uczestnika SP)

Rok akademicki:………………………………………..…semestr ……………………………………..

Kierunek ……………………………………………………………………………………….................

w wysokości ……………………………………………………………………………………………...

**DANE DO FAKTURY:**

**NABYWCA / PŁATNIK USŁUGI**

Nazwa zakładu pracy ………………………………………………………………………………..

Adres zakładu pracy: ………………………………………………………………………………...

NIP: ………………………………………………………………………………………………….

Jednocześnie oświadczamy, iż zawarliśmy umowę o finansowanie usług edukacyjnych z Uniwersytetem Medycznym we Wrocławiu i prosimy o wskazanie nas na fakturze jako nabywcy usługi

**ODBIÓR FAKTUR**Y: osobiście, wysyłka pocztą na adres nabywcy, wysyłka pocztą na adres płatnika, wysyłka drogą elektroniczną na wskazany we wniosku adres e-mail

Oświadczam, że wcześniej nie otrzymałam/-em faktury za okres nauki wskazany we wniosku

………………………………

Podpis i pieczątka osoby

upoważnionej i odpowiedzialnej

za finanse zakładu pracy

Adres e-mail do przesyłania wniosków: …………