|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Załącznik nr 2  do zarządzenia nr 176/XV R/2019  Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu  z dnia 12 listopada 2019 r.   |  |  | | --- | --- | |  | ……………………., dnia ………....................... r. | | Pan / Pani …………………………………….  zam. .…………………………………………  ………………………………………………… |  | |  | Miejsce złożenia wniosku  ………………………………………………………….  …………………………………………………………  ………………………………………………………… |   **WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU/NOCLEGÓW**  W związku z udziałem w kursie kwalifikacyjnym „Intensywny Praktyczny Kurs Chirurgii Endoskopowej u Dzieci” realizowanym w ramach projektu „*Rozwój praktycznego kształcenia podyplomowego lekarzy w Centrum Symulacji Medycznej we Wrocławiu*” zwracam się z prośbą dokonanie zwrotu poniesionych przeze mnie kosztów dojazdu/noclegów\* w kwocie …………....…… zł  Do wniosku załączam niżej wskazane dokumenty potwierdzające poniesione przeze mnie koszty:   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | Nazwa dokumentu (proszę o zaznaczenie) | Ilość | |  | Faktura za dojazd |  | |  | Faktura za noclegi |  | |  | Inne (jakie?) …………………………………………… |  |     Proszę o zwrot kosztów dojazdu/noclegów\* przelewem na rachunek bankowy numer  …………………………………………………………………………………… prowadzony przez bank ………………………………..............................................................................................…………….  ………….………………………………………  podpis Uczestnika Kursu  \*niepotrzebne skreślić |
|  |