|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Załącznik nr 2 do zarządzenia nr 176/XV R/2019Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiuz 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 |
|  |