Załącznik nr 1

Karta rozliczeniowa uczestnika kursu w ramach projektu POWER1 pn. „Rozwój kształcenia specjalizacyjnego lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju"

(Zacieniowane pola wypełnia CMKP) Nr Karty rozliczeniowej:	
Imię i Nazwisko uczestnika kursu	
PESEL:	Realizowana specjalizacja:
Numer kursu:	
Data realizacji kursu:	
Liczba dni trwania kursu:	
Miejsce odbywania kursu:	
Miejsce zamieszkania (pełen adres):	
Wnoszę o przekazanie środków z tytułu refundacji poniesionych wydatków na niżej wskazany nr rachunku bankowego	

Adres przypisany do rachunku bankowego, jeżeli jest inny niż adres zamieszkania:

.....

L.p.	**Nazwa załącznika (np. faktura nr, rachunek nr, Zał. 2) [wypełnia Uczestnik]**	**Wnioskowana kwota [wypełnia Uczestnik]**	**Wydatek kwalifikowany PLN / uwagi [wypełnia CMKP]**
1.			
2.			
3.			
4.			
.....			
Suma wydatków uczestnika:			
Wypełnia CMKP:			
Przyznana kwota refundacji – do wypłaty:			

Oświadczam, że podane przeze mnie powyższe dane są prawdziwe, a poniesione wydatki związane z uczestnictwem w kursie specjalizacyjnym uzasadnione.
Oświadczam, że zapoznałem się z „Regulamin dofinansowania kosztów podróży i noclegu podczas kursów specjalizacyjnych"

.....
Podpis Wnioskującego (lekarza)