Załącznik nr 2 Grant

Karta rozliczeniowa Grantu w ramach projektu
„Rozwój kształcenia specjalizacyjnego lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju”

Nr przyznanego grantu:
Imię i nazwisko uczestnika projektu:
PESEL:
Realizowana specjalizacja:
Forma doskonalenia specjalizacyjnego:
Miejsce odbywania doskonalenia specjalizacyjnego:
Miejsce zamieszkania (pełny 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	Rodzaj załącznika i jego nr (np. bilet, faktura, rachunek, wniosek o zwrot kosztów przejazdów): /wypełnia Uczestnik projektu/	/Wypełnia Uczestnik projektu/ Wnioskowana kwota dofinansowania	/Wypełnia CMKP/ Wydatek kwalifikowany kwota/uwagi
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			
6)			
	Ogółem		
Przyznana kwota refundacji [wypełnia CMKP]			

Oświadczam, że podane przeze mnie powyższe dane są prawdziwe, a poniesione wydatki związane z uczestnictwem w doskonaleniu specjalizacyjnym uzasadnione. Oświadczam, że zapoznałem się z „Regulaminem dofinansowania udziału w wybranych formach doskonalenia specjalizacyjnego w formie grantów” dostępnym na stronie https://www.cmkp.edu.pl/projekty-ue/rozwoj-ksztalcenia-specjalizacyjnego-lekarzy/otrzymaj-grant-szkoleniowy-na-platne-formy-samoksztalcenia

.....
Czytelny podpis Uczestnika projektu

.....
Czytelny podpis osoby dokonującej rozliczenia merytorycznego