



***WNIOSEK NALEŻY ZŁOŻYĆ PRZED UPŁYWEM 30 DNI OD ROZPOCZĘCIA KURSU, SZKOLENIA, STUDIÓW**

Załącznik nr 1 do Regulaminu Refundacji
Kosztów Kształcenia ze Środków Funduszu Kształcenia
Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu.

Nazwisko i imiona Tytuł zawodowy

Adres

Miejsca zatrudnienia

.....

Tel. kontaktowy e-mail: Pesel

.....
Data wpływu wniosku

W N I O S E K*
o refundację kosztów poniesionych tytułem uczestnictwa w:

.....
nazwa formy kształcenia i doskonalenia zawodowego

.....
organizator formy kształcenia zawodowego

.....
data rozpoczęcia i zakończenia

.....
ukończone specjalizacje – dziedzina, rok

I. Adnotacja pracodawcy:

Koszt szkolenia zostanie zwrócony w wysokości

Nie zostanie zwrócony z powodu

.....
pieczęć i podpis pracodawcy/pracodawców

II. Adnotacja pracodawcy:

Koszt szkolenia zostanie zwrócony w wysokości

Nie zostanie zwrócony z powodu

.....
pieczęć i podpis pracodawcy/pracodawców

Oświadczam, że: całkowity koszt kursu, specjalizacji wynosi zł. słownie

Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią obowiązującego Regulaminu Refundacji Kosztów Kształcenia ze Środków Funduszu Kształcenia Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu zatwierdzonym na mocy Uchwały ORPIP Uchwały Nr 65/VII/2018 dnia 25.09.2018 r. Kwotę przyznanej refundacji proszę przekazać na konto wskazane na wniosku (str. nr 2).

.....
miejscowość i data

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

