Projekt „Praktykuj z UMCS. Staże dla studentów pedagogiki specjalnej.”
Dom Studencki ,,Ikar'', ul. Czwartaków 15 pok.3, 20-045 Lublin
Centrum Kształcenia i Obsługi Studiów, Biuro ds. Kształcenia Ustawicznego
telefon: +48 81 537 27 65, e-mail:praktykuj@umcs.pl
www.praktykujzumcs.umcs.pl

Załącznik nr 6 do Regulaminu Projektu

WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW BADAŃ LEKARSKICH

Staż odbywany w ramach Projektu
pt. „Praktykuj z UMCS. Staże dla studentów pedagogiki specjalnej”

współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

1. Dane osobowe

Imię i nazwisko Stażysty/-tki:

……

Adres zamieszkania:

……

Miejsce odbywania stażu:

……

2. Dane dotyczące konta bankowego do zwrotu kosztów badań lekarskich:

Nazwisko właściciela konta bankowego:

……

Adres właściciela konta bankowego:

……

Nazwa banku:

……

Nr rachunku bankowego:																										
Numer konta																										

3. Szczegóły:

Data badania lekarskiego:

……

Jednostka, w której przeprowadzono badanie:

……

4. Poniesione koszty badania lekarskiego:

Koszt badania lekarskiego:

……

W załączeniu przedkładam dokument potwierdzający poniesione koszty badania lekarskiego.

……	…….
miejscowość, data	czytelny podpis Stażysty/-ki

Proszę o dokonanie zwrotu środków w kwocie …….. na rachunek wskazany przez Stażystę/-kę.

Źródło finansowania:

……	…….
miejscowość, data	podpis kierownika jednostki