



Polska Federacja Edukacji
w Diabetologii

Wysokość przyznanego dofinansowania: przez PFED.....zł, przez pracodawcęzł przez inne organizacje np.Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w regionie wyborczymzł

**Wniosek o dofinansowanie,
ze środków Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii
kosztów kształcenia podyplomowego**

1. Dane personalne wnioskodawcy:

Imię i nazwisko Data urodzenia |__|__|__|__| - |__|__| - |__|__| |
rok m-c d

Adres zamieszkania: kod poczt. |__|__| - |__|__|__|
(Miejscowość) (Powiat) (Gmina)

ul. tel. domowy.....
(Nr domu) Nr lokalu

NIP : |__|__|__| - |__|__|__| - |__|__| - |__|__|

Nazwa i adres Urzędu Skarbowego Wnioskodawcy:

Ulica Kod poczt. |__|__| - |__|__|__|
(Miejscowość)

2.Miejsce pracy

Nazwa zakładu:

Adres zakładu: kod poczt. |__|__| - |__|__|__|
(Miejscowość) (Powiat) (Gmina)

ul. tel. służbowy

Nazwa jednostki lub komórki organizacyjnej

Stanowisko pracy zatrudniona(y) od |__|__|__|__| - |__|__| - |__|__| |
rok m-c d



Polska Federacja Edukacji
w Diabetologii

3. Korzystała(e)m z dofinansowania PFED do:

..... - - d
(rodzaj i nazwa kształcenia) rok m-c

..... - - d
(rodzaj i nazwa kształcenia) rok m-c

..... - - d
(rodzaj i nazwa kształcenia) rok m-c

4. Dane dotyczące kształcenia, o które ubiega się wnioskodawca

Rodzaj kształcenia: specjalizacja kurs kwalifikacyjny
 kurs specjalistyczny kurs doształcający

.....
(Nazwa kształcenia)

Nazwa organizatora

Adres organizatora: kod poczt. -
(Miejscowość) (Powiat) (Gmina)

ul.

Czas trwania kształcenia: od - - do - -
rok m-c d rok m-c d

Koszt kształcenia zł

5. Opinia Członka Zarządu PFED o opłaceniu składek członkowskich

.....
.....

.....
(Czytelny Podpis członka zarządu PFED)



Polska Federacja Edukacji
w Diabetologii

6. Dotychczasowy przebieg pracy zawodowej. Proszę podać dokładne daty (dd -mm-rrrr)

Okres		Nazwa i adres zakładu pracy
od	do	

7. Przynależność do PFED. Okres składkowy. Podaj rok (lata)

okres składkowy (rok)

8. Poświadczenie Członka Zarządu o opłacaniu składek.

Zaświadcza się, że wnioskodawca od dnia - - regularnie opłaca składki

rok m-c d

członkowskie na rzecz Stowarzyszenia PFED.

- -

rok m-c d

.....
(Pieczęć i podpis osoby upoważnionej)

9. Oświadczenie wnioskodawcy:

Oświadczam, że:

1. Znana mi jest treść regulaminu dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego członków PFED
2. W razie przerwania nauki lub zaprzestania opłacania składek członkowskich bez uzasadnionych przyczyn, zobowiązuję się do zwrotu przyznanego mi przez Polską Federację Edukacji w Diabetologii dofinansowania.
3. Jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych informacji (art. 247 Kodeksu Karnego).

- -

rok m-c d

.....
(Czytelny podpis wnioskodawcy)