

**Wniosek o umorzenie części świadczenia  
z funduszu na doskonalenie zawodowe lekarzy i lekarzy dentystów**

**Część 1. Wypełnia wnioskodawca**

**I. Dane osobowe**

imię i nazwisko	
zawód	
nr PWZ	
miejsce zatrudnienia	
stopnie naukowe, tytuły	
Specjalizacje*	
doktorat**	
miejsce zamieszkania	
nr tel., e-mail	

\*posiadane oraz w toku – określić termin zakończenia; załączyć kopię karty szkolenia specjalizacyjnego, jeśli dotyczy

\*\*załączyć potwierdzenie otwarcia przewodu doktorskiego oraz informację o poniesionych kosztach, jeśli dotyczy

**II. Uzasadnienie wniosku**

.....

.....

.....

.....

**III. Załączone dokumenty**

- kopia karty szkolenia specjalizacyjnego lub innego dokumentu potwierdzającego odbywanie specjalizacji (\*w przypadku, gdy wydatki związane są z odbywaniem specjalizacji)
- kopia dokumentu potwierdzającego otwarcie przewodu doktorskiego i uiszczenia płatności za przewód doktorski

.....

Podpis wnioskodawcy

**Część 2. Wypełnia Komisja Kształcenia Medycznego**

Kwalifikacja wniosku

liczba spłaconych rat	
składki	
rozliczenie %	
zgodność poniesionych wydatków z wnioskiem	
specjalizacja /termin zakończenia/ doktorat /odpłatność/	
kwota umorzenia	
decyzja	

.....

Podpis Przewodniczącego Komisji Kształcenia Medycznego