OGÓLNOPOLSKI ZWIĄZEK ZAWODOWY PRACOWNIKÓW DIAGNOSTYKI MEDYCZNEJ I FIZJOTERAPII UL.KOZANOWSKA 109 WROCŁAW 54-152 NIP 894-24-11-569 REGON 931940426

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE KURSU ZAWODOWEGO**

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY WYSTĘPUJĄCEJ O DOFINANSOWANIE

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

W ZAŁĄCZENIU:

* KSERO CERTYFIKATU UKOŃCZENIA KURSU ZAWODOWEGO
* KSERO FAKTURY ZA OPŁACONY KURS

WNIOSEK NALEŻY ZŁOŻYĆ DO TRZECH MIESIĘCY OD UKOŃCZENIA KURSU

JEDNAK NIE PÓŹNIEJ NIŻ KONIEC ROKU W KTÓRYM UKOŃCZONO SZKOLENIE.

NUMER RACHUNKU BANKOWEGO NA KTÓRY MA BYĆ PRZELANA KWOTA DOFINANSOWANIA

**KONTO OSOBISTE/KONTO TERENOWEJ ORGANIZACJI(\*niepotrzebne skreślić)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | X |  |  |  |  | X |  |  |  |  | X |  |  |  |  | X |  |  |  |  | X |  |  |  |  | X |  |  |  |  |

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

PRZEWODNICZĄCA/(Y) TERENOWEJ ORGANIZACJI NR

Z SIEDZIBĄ W ……………………………………..

* POTWIERDZAM, ŻE PAN /PANI …………………………………..……………………………………………………

JEST CZŁONKIEM TERENOWEJ ORGANIZACJI ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW DIAGNOSTYKI MEDYCZNEJ I FIZJOTERAPII NR ……………..

* OŚWIADCZAM,ŻE SKŁADKI CZŁONKOWSKIE TERENOWEJ ORGANIZACJI NR…………..

REGULOWANE SĄ NA BIEŻĄCO( proszę podać faktyczny stan przekazanych składek )

|  |
| --- |
| Pieczątka; Informacja o przekazanych składkach ; podpisy : Wnioskodawcy i Przewodniczącego TOZ  ADNOTACJE OZZPDMIF |