**WNIOSEK O STYPENDIUM KONFERNCYJNE**

**POLSKIEGO TOWARZYSTWA HEPATOLOGICZNEGO**

Imię i Nazwisko: ……………………………………………………..............................……, Data urodzenia: ..........................................

Adres e-mailowy: ………………………………………………………..……….., tel. kom. …………………………………….………………………………

Adres do korespondencji: ………………………………………………………................................................................................………

Miejsce pracy: ……………………………………………………………………...................................................................................………

**Jestem członkiem Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego\***: Tak Nie

(jeżeli „Nie” to dopuszczalne jest przesłanie wypełnionej deklaracji wraz z dowodem opłaty składki)

**Potwierdzam rejestrację udziału w Kongresie/Konferencji hepatologicznej** ..................................................................

.............................................................................................................................................................................................

**która odbędzie się w** ........................................................................., **w dniach od** ........................**do** .............................

Proszę dołączyć wydruk potwierdzający rejestrację

**Potwierdzam przyjecie pracy do prezentacji podczas w/w Konferencji:**

Proszę dołączyć wydruk wysłanego streszczenia i e-mailu potwierdzającego przyjęcie pracy jako autora pierwszego lub prezentującego

.............................................................................

Data i podpis Kandydata:

**Deklaracja Przełożonego**

Deklaruję zgodę na udzielenie urlopu szkoleniowego kandydatowi lub innej formy usprawiedliwionej nieobecności umożliwiającej udział w Kongresie/Konferencji ................................................................................................................

.............................................................................................................................................................................................

………………………………………………………………………………..

Data i podpis właściwego przełożonego

Formularz należy wysłać na adres:

skan formularza e-mailem: zpchit@wum.edu.pl,

a oryginał formularza z załącznikami na adres:

prof. Piotr Małkowski, **Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Transplantacyjnego WUM,** 02-007 Warszawa, ul. Oczki 6, pawilon 16

\*właściwe zakreślić