

# WNIOSEK O STYPENDIUM NA STAŻ ZAGRANICZNY POLSKIEGO TOWARZYSTWA HEPATOLOGICZNEGO

Imię i Nazwisko: ..... Data  
urodzenia: .....  
Adres e-mail: .....  
Tel. Kom. ....  
Adres do korespondencji: .....

Miejsce pracy: .....

Znajomość języka\* :

Angielskiego :	podstawowa	zaawansowana	biegła
Francuskiego:	podstawowa	zaawansowana	biegła
Niemieckiego:	podstawowa	zaawansowana	biegła
Innego: ( <i>wymienić</i> )	.....podstawowa	zaawansowana	biegła

Proszę opisać krótko doświadczenie w zakresie leczenia chorób wątroby:

Proszę podać preferowane ośrodki (preferencje będą spełnione w miarę możliwości) lub podać nazwę Ośrodka który zadeklarował gotowość przyjęcia kandydata (należy wówczas dołączyć list potwierdzający z Ośrodka przyjmującego)

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....

Dorobek publikacyjny w zakresie dotyczącym chorób wątroby. (*Proszę załączyć na oddzielnej kartce zestawienie publikacji w formie wydruku z biblioteki uczelnianej, lub PubMed. Przy każdej publikacji proszę podać punktację MNI SW oraz Impact Factor z okresu publikacji jeżeli czasopisma posiadają takową punktację*). Sumaryczna wartość punktacji załączonych publikacji: Impact Factor..... MniSW.....

Jestem członkiem Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego\*:            Tak            Nie  
(jeżeli „Nie” to dopuszczalne jest przesłanie wypełnionej deklaracji wraz z dowodem opłaty składki)

.....  
*Data i podpis Kandydata*

Zgoda Ordynatora/Kierownika Oddziału/Kliniki:

Poświadczam, że .....  
pracuje w kierowanym przeze mnie Oddziale/Klinice.....  
.....od roku ..... i w tym okresie przez ..... lat  
zajmował/a się diagnostyką i terapią chorób wątroby.

.....  
*Data i podpis właściwego przełożonego*

Deklaruję zgodę na udzielenie urlopu szkoleniowego lub innej formy usprawiedliwionej nieobecności umożliwiającej kandydatowi ....., udział w szkoleniu, w przypadku gdy uzyska kwalifikację na stypendium pobytowe PTHepat.

.....  
*Data i podpis właściwego przełożonego*

\*właściwe zakreślić

Formularz należy wysłać na adres:

- skan formularza na adres e-mail: kikchzak@cm.umk.pl
- oryginał formularza z załącznikami na adres: Prof. Małgorzata Pawłowska,  
Polskie Towarzystwo Hepatologiczne, Katedra Chorób Zakaźnych i Hepatologii CM UMK w Bydgoszczy, Ul. Św. Floriana 12, 85-030 Bydgoszcz