Należy przedłożyć, nie później niż 15 dni po zakończeniu szkolenia, wypełnione w sposób jasny i czytelny, wraz z oryginalnymi biletami.

Imię i nazwisko uczestnika:………………………………………………..………………

Adres zamieszkania:……………………..………………………..………………………..

## Kurs Point of Care – Echokardiografia Przezklatkowa

* Kurs Kardiologia Interwencyjna – Koronarografia
* Kurs Kardiologia Interwencyjna – Angioplastyka
* Kurs Kardiologia Interwencyjna – Nakłucie przegrody międzyprzedsionkowej
* Kurs Echokardiografia Przezprzełykowa – poziom podstawowy
* Kurs Echokardiografia Przezprzełykowa – poziom zaawansowany

Oświadczam, że poniosłem/am wydatki związane z dojazdem na kurs i zwracam się
o zwrot następujących kosztów na poniżej podany rachunek bankowy:

Nr rachunku bankowego:………………………………………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Samochód osobowy marki ………………………o poj.\*…………………Nr rejestracyjny………... | Data:Z………………………………do Gdańsk, GUMed | Data:Z Gdańsk, GUMed do……………………… |
| Km…………x……………złRazem:……………………. | Km…………x……………złRazem:…………………… |
| Pociąg / Autobus  | Data:Z…………………do Gdańska | Data:Z Gdańska do……………… |
| Bilet:………….……………zł | Bilet:………….………zł |
| Do wypłaty: |

……………………………… …………………………………..

 Data, podpis Uczestnika Zatwierdził – Kierownik Projektu