**PODANIE O POKRYCIE KOSZTÓW UCZESTNICTWA**

**(OPŁATA REJESTRACYJNA) w międzynarodowym kursie:**

**6th Annual Course of Academy of Immunohistochemistry: Diagnostic Immunohistochemistry and Molecular biology for Pathologists w terminie 9-11 października 2019 w Krakowie ze środków Polskiego Towarzystwa Patologów**

***Wniosek należy przesłać na zamieszczony obok adres do dnia 20.09.2019:***[*stypendia(at)pol-pat.pl*](mailto:ihckrakow@outlook.com)

**Proszę o przyznanie środków na pokrycie opłaty rejestracyjnej w wysokości 1400 zł celem udziału w kursie: 6th Annual Course of Academy of Immunohistochemistry: Diagnostic Immunohistochemistry and Molecular Biology for Pathologists**

**Wnioskujący**………….………………………………… ……………………………………………………………………….……………………..

*(Imię) (nazwisko)*

**Data urodzenia:** …..……… ……………… …………………

*(dzień) (miesiąc) (rok)*

**Członek Polskiego Towarzystwa Patologów** Yes No

**Miejsce zatrudnienia:** ………………………………………………………………………………………………….……………………..……………………………..…..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Adres (praca):** ………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Tytuł/ stanowisko:** …………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………

**telefon (służbowy):** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

**adres (prywatny):** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

**e-mail:**  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………….. ……………………. ……………………………………………………..

*data* *miejsce* *czytelny podpis wnioskującego*

-----------------------------------------------------------------------------------------------

**Potwierdzam, że osoba wnioskująca jest zatrudniona w w/w zakładzie i jest członkiem PTP .**

**Lekarz specjalista patomorfolog z ……….. letnim stażem pracy**

**Kierownik Zakładu Patologii**

*………………………   …………………………… ……………………….………………………….*

*data* *miejsce* *podpis kierownika Zakładu*