



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



**Załącznik 3**

.....  
(imię i nazwisko praktykanta)

.....

.....  
(adres zamieszkania)

**Wniosek o refundację dodatkowych kosztów poniesionych podczas odbywania praktyki zawodowej w ramach projektu "Program praktyk zawodowych w Państwowych Wyższych Szkołach Zawodowych" realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój**

Dla Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu za udział w praktykach zawodowych w ramach projektu „Program praktyk zawodowych w Państwowych Wyższych Szkołach Zawodowych” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój w

.....  
(nazwa firmy/instytucji, miejscowość), w terminie ..... (należy wymienić dodatkowe koszty poniesione podczas odbywania praktyki zawodowej oraz wskazać ich wysokość):

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

Uzasadnienie dodatkowych kosztów poniesionych podczas odbywania praktyki zawodowej:

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



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



.....

Do wniosku załączam następujące dokumenty potwierdzające dodatkowe koszty poniesione podczas odbywania praktyki zawodowej:

.....

.....

.....

.....

.....

Należność brutto wynosi ..... zł  
(słownie zł: .....)

Należność należy przekazać przelewem na konto bankowe w banku :

.....  
(nazwa banku – oddział – numer konta bankowego)

.....  
(data i podpis praktykanta)

**Opinia zakładowego opiekuna praktyk zawodowych**

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
(data, podpis zakładowego opiekuna praktyki)

**Opinia uczelnianego opiekuna praktyk zawodowych**

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
(data, podpis uczelnianego opiekuna praktyki)



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



**Akceptacja merytoryczna dodatkowych kosztów**

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

.....  
(data, podpis Dziekana Wydziału lub innej upoważnionej osoby)

**Akceptacja formalna dodatkowych kosztów**

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

.....  
(data, podpis Kwestora)

**Zatwierdzam do wypłaty**

.....  
(data, podpis Rektora)