

Pieczęć jednostki		W N I O S E K nr..... (numer nadaje Dział ds. Studiów i Studentów)	
o udzielenie zgody na wyjazd doktoranta			
1. Imię i nazwisko:			
2. Adres poczty elektronicznej:		3. Nr telefonu:	
4. Studium Doktoranckie, rok studiów:			
5. Nazwa jednostki, w której doktorant realizuje program studiów doktoranckich:			
6. Docelowa miejscowość wyjazdu:		7. Czas wyjazdu:	
.....		od: do:	
8. Cel wyjazdu			
..... cel wyjazdu winien zostać opisany szczegółowo z uwzględnieniem rodzaju (konferencja/zjazd/szkolenie/inne, charakteru uczestnictwa (czynny/bierny) oraz tematyki wraz z uwzględnieniem potwierdzającym czynny udział.			
9. Środek lokomocji (właściwy zaznaczyć):			
a/ PKP (kl.II)			
b/ inny, jaki?.....			
c/ posiada zniżkę, w jakiej wysokości %.....			
10. Orientacyjny koszt wyjazdu (w przypadku ubiegania się o dofinansowanie wyjazdu):		koszt wnioskowany (podać w złotych)	Płatność przelewem SUM * Płatność przez doktoranta*
a/ opłata rejestracyjna			
b/ noclegi			
c/ przejazdy /dojazdy w obie strony/			x X
Razem			x X
11. Źródła finansowania wyjazdu (właściwe zaznaczyć**):			
a/ Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach			
<input type="checkbox"/> środki własne			
<input type="checkbox"/> prace statutowe, projekty badawcze, itp. (nr pracy).....			
<input type="checkbox"/> preliminarz Samorządu Doktorantów			
<input type="checkbox"/> konto SPONSOR			
<input type="checkbox"/> środki kształcenia podyplomowego.....			
b/ refundacja- jednostka organizująca spotkanie /pełna nazwa i adres/			
c) inne źródło finansowania.....			
data	podpis wyjeżdżającego	podpis i pieczęć opiekuna naukowego/promotora	podpis i pieczęć kierownika projektu*

12. **Opinia Samorządu Doktorantów dotycząca możliwości finansowania wyjazdu:							
<input type="checkbox"/> POPIERAM WNIOSEK <input type="checkbox"/> NIE POPIERAM WNIOSKU							
..... data, pieczęć i podpis							
13. **Opinia Kierownika Studium Doktoranckiego							
<input type="checkbox"/> POPIERAM WNIOSEK <input type="checkbox"/> NIE POPIERAM WNIOSKU							
..... data, pieczęć i podpis							
Uwagi:.....							
14. **Opinia Prorektora ds. Nauki							
<input type="checkbox"/> POPIERAM WNIOSEK <input type="checkbox"/> NIE POPIERAM WNIOSKU							
..... data, pieczęć i podpis							
Uwagi:.....							
15. Opinia Działu Kosztów/Działu Finansowo-Księgowego, dotycząca możliwości finansowania wyjazdu (rezerwacja środków finansowych):							
..... <div style="text-align: right;">data, pieczęć i podpis osoby dokonującej rezerwacji</div>							
16. **Akceptacja Kwestora							
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE							
..... data, pieczęć i podpis							
data	17. ** Decyzja Prorektora ds. Szkolenia Podyplomowego						
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%;">Zatwierdzam</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">TAK</td> <td style="text-align: center;">NIE</td> </tr> </table>		Zatwierdzam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		TAK	NIE
Zatwierdzam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	TAK	NIE					
..... data, pieczęć i podpis							

Pozycje od 1 do 10 wypełnia doktorant.

*w przypadku wyjazdów finansowanych z projektów badawczych

** zaznaczyć „X” właściwe pole

Dane do faktury:

ŚLĄSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY W KATOWICACH
 ul. Poniatowskiego 15
 40-055 Katowice
 NIP: 634-000-53-01