Imię i nazwisko Stażysty:

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

Adres zamieszkania Stażysty:

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

……………………………………………………………………………………………………………………

Nazwa kierunku kształcenia Stażysty:

…………………………………………………………………………………………………………………

**ZGODA UCZESTNIKA PROJEKTU NA PRZEKAZYWANIE**

**ŚRODKÓW PIENIĘŻNYCH NA KONTO**

 Niniejszym wyrażam zgodę na przekazywanie środków pieniężnych z tytułu zwrotu kosztów dojazdu, stypendium szkoleniowego oraz stypendium stażowego na rachunek bankowy:

Nazwa banku: ……………………………………………………………………………………………………………………

Numer konta:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Właściciel konta: ……………………………………………………………………………..*(imię i nazwisko)*

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

*(data)*  *(czytelny podpis Stażysty)*

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

*(czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego)\**

*\*W przypadku niepełnoletniego Stażysty druk musi podpisać Stażysta oraz rodzic/ opiekun prawny Stażysty*