

## **Regulamin kursu Towarzystwa Chirurgów Polskich i Akademii Aesculap**

1. Celem kursu jest umożliwienie zdolnym chirurgom w trakcie specjalizacji odbycia stażu w ośrodku chirurgicznym Akademii Aesculap
2. Koszt udziału w kursie jest dofinansowany w ramach współpracy TChP i Akademii Aesculap. Uczestnik kursu we własnym zakresie pokrywa koszt dojazdu do miejsca szkolenia i koszt zakwaterowania. Opłatę za zakwaterowanie uiszcza się bezpośrednio w Hotelu.
3. Udzielone dofinansowanie podlega opodatkowaniu zgodnie z art. 10 ust. 1 pkt 9 i art. 20 ust. 1 ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych z dnia 26.07.1991r. (Dz. U. z 1991r. nr 80 poz. 350 z późn. zm.)
4. Z dofinansowania kursu mogą korzystać młodzi chirurdzy do 35 roku życia w trakcie specjalizacji z chirurgii, członkowie TChP z opłaconymi składkami członkowskimi za rok bieżący (2014) i poprzedzający kurs (2013).
5. Dofinansowania są przyznawane jednorazowo.
6. Wniosek o dofinansowanie kursu jest składany do biura Zarządu TChP przez kandydatów w wyznaczonych terminach.
7. Nazwiska osób - beneficjentów dofinansowania będą opublikowane na stronie [www.tchp.pl](http://www.tchp.pl).

## **Tryb i kryteria rozpatrywania wniosków i przyznawania dofinansowania na kurs**

### Postanowienia szczegółowe

1. Kandydat ubiegający się o dofinansowanie składa podpisany regulamin, wniosek na załączonym formularzu oraz CV w formie elektronicznej na adres e-mail biura i Zarządu TChP ( [biuro@tchp.pl](mailto:biuro@tchp.pl) )
2. Kapituła złożona z przewodniczącej Komisji Stypendialnej oraz członków Zarządu Głównego rozpatruje wnioski każdorazowo przed planowaną datą kursu.
3. Ilość miejsc jest ograniczona do 14 na jeden kurs, planowana ilość kursów 8 w latach 2014-2015.
4. W pierwszej kolejności wybierane są zgłoszenia kandydatów, którzy nie korzystali wcześniej z dofinansowania przez TChP.

Data.....

Podpis: .....

# Formularz wniosku o dofinansowanie kursu Akademii Aesculap

Imię.....  
Nazwisko.....  
Tytuł naukowy.....  
Numer prawa wykonywania zawodu.....  
Posiadane specjalizacje.....  
Liczba lat od rozpoczęcia specjalizacji.....  
Miejsce pracy.....  
  
Termin kursu.....

## ÓŚWIADCZENIE DLA CELÓW PODATKOWYCH

Nazwisko i imiona.....  
data i miejsce urodzenia .....  
obywatelstwo .....  
PESEL \_ \_ \_ \_ \_ NIP \_ \_ \_ \_ \_

Adres zamieszkania dla celów podatkowych: kod .....  
miejscowość..... ulica .....  
nr domu ..... nr mieszkania .....  
województwo.....kraj.....

Urząd Skarbowy.....

Data.....

Podpis: .....

