Imię i nazwisko Stażysty/ki:

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

Adres zamieszkania Stażysty/ki:

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

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

Nazwa kierunku kształcenia Stażysty/ki (klasa):

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

**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/ki)*

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

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

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