|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Poznań, dnia |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **KWESTURA P.P.**  w miejscu | |
| Prosimy o pokrycie kosztów uczestnictwa w konferencji, sympozjum, | |
|  | osoby/osób. |

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa imprezy: |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Termin imprezy: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Miejsce imprezy: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Koszt uczestnictwa 1 osoby w wysokości |  | RAZEM |

|  |  |
| --- | --- |
| Konto alokacji |  |
| MPK |  |
| Źródło finansowania |  |
| Projekt |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Koszt uczestnictwa obejmuje: | |
| * opłatę konferencyjną tak/nie |  |
| * materiały konferencyjne tak/nie |  |
| * wyżywienie tak/nie |  |
| * noclegi tak/nie |  |

|  |
| --- |
| Numer konta i pełna nazwa właściciela konta, na które należy przelać zapłatę |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Termin płatności: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa i adres organizatora: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Pełne dane dot. Uczestników (nazwisko i imię, tytuł): |  |
| **1.** | |
| **2.** | |
| **3.** | |
| **4.** | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Liczba wygłaszanych referatów: |  |  |

Podpis kierownika Zakładu Dyrektor IMt