*Załącznik nr 5b do Regulaminu*

 **KARTA WYBORU FORMY WSPARCIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko Uczestnika/czki:** |  |
| **Nazwa wydziału:** |  |
| **Nazwa i stopień kierunku studiów:** |  |
| **Semestr studiów:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |

(Wzór może być modyfikowany przez Koordynatorów merytorycznych).

Wypełnia Uczestnik/czka Projektu na podstawie ogłoszenia o naborze do form wsparcia (można dokonać wyboru więcej niż jednej formy wsparcia). Proszę zaznaczyć „X” przy szkoleniu w którym chce Pan/Pani wziąć udział

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FORMA WSPARCIA** | **WYBÓR STUDENTA [X]** | **SZCZEGÓŁOWA NAZWA WYBRANEGO WSPARCIA** |
| **Szkolenie****certyfikowane/akredytowane:**  |  | 1.Szkolenie 1: SYSTEM ZARZĄDZANIA LABORATORIUM WG NORMY PN-EN ISO / IEC 17025" |
| **Szkolenie****certyfikowane/akredytowane:** |  | 2.Szkolenie 2: "SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ WG ISO 9001" |
| **Szkolenie****certyfikowane/akredytowane:** |  | 3.Szkolenie 3: "WYROBY MEDYCZNE-SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ WYTWÓRCÓW WYROBÓW MEDYCZNYCH WG NORMY ISO 13485  |

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………… |
|  *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* |  *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU* |