

UMOWA STYPENDIALNA NR

zawarta w dniu

w

pomiędzy „Szpitalem Powiatowym w Rawiczu” Sp. z o.o. z siedzibą : ul. Gen. Grota-Roweckiego 6, 63-900 Rawicz, wpisanym do rejestru przedsiębiorców w Krajowym Rejestrze Sądowym pod numerem KRS 0000316422, wpisanym do rejestru zakładów opieki zdrowotnej przez Wojewodę Wielkopolskiego pod numerem 30-02247, reprezentowanym przez Zarząd w osobach:

1. Tomasza Paczkowskiego – Prezesa Zarządu
 2. Jerzego Szubstarskiego – Wiceprezesa Zarządu
- zwanym dalej „Fundatorem”,

a, córką/synem,
zamieszkałym w, legitymującym się dowodem osobistym
seria....., nr, PESEL....., NIP.....,
zwanym dalej „Stypendystą”.

Na podstawie Umowy o współpracy w zakresie przyznawania stypendium fundowanego przez Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o. oraz po pozytywnym rozpatrzeniu wniosku Stypendysty strony ustalają, co następuje:

§ 1

Fundator przyznaje Stypendyście stypendium z przeznaczeniem na motywowanie do uzyskiwania dobrych wyników w nauce oraz rozwiązywanie problemów, które są istotne z punktu widzenia ochrony zdrowia mieszkańców Powiatu Rawickiego, określone w decyzji wniosku złożonego w dniu....., stanowiącym załącznik nr 1 do umowy.

§ 2

1. Fundator zobowiązuje się do przekazywania stypendium w wysokości zł, (słownie:)
miesięcznie, do 20-go dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni, na rachunek bankowy Stypendysty,
nr rachunku:....., w okresach nauki:
 - a) od dnia 01.10 .2013 r. do dnia 30.06. 2014 r –kwota: (słownie:)
 - b) od dnia 01.10 .2014 r. do dnia 30.06. 2015 r –kwota: (słownie:)
 - c) od dnia 01.10 .2015 r. do dnia 30.06. 2016 r –kwota: (słownie:)
 - d) od dnia 01.10 .2016 r. do dnia 30.06. 2017 r –kwota: (słownie:)
 - e) na udokumentowany okres stażu podyplomowego (13 m-cy) zakończonego egzaminem LEK
–kwota: (słownie:)
2. W uzasadnionych przypadkach Stypendysta może wystąpić o przedłużenie terminu wykonania przedsięwzięcia.
3. W trakcie wypłaty stypendium, jego wysokość podlega corocznej waloryzacji o wskaźnik wzrostu cen i usług konsumpcyjnych publikowany przez Prezesa GUS.
4. Fundator przyznaje stypendium na podstawie regulaminu przyznawania przez Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o. **STYPENDIÓW FUNDOWANYCH dla studentów WYDZIAŁÓW LEKARSKICH UNIWERSYTETÓW MEDYCZNYCH**, który stanowi integralną część niniejszej umowy.

§ 3

Stypendysta zobowiązuje się do:

1. Uzyskania zgody, otwarcia i uzyskania specjalizacji w zakresie deklarowanym we wniosku i zaakceptowanym przez Fundatora harmonogramie.
2. Po zakończeniu nauki, podjęcia pracy w Szpitalu Powiatowym w Rawiczu Sp. z o.o., przy czym okres pracy będzie co najmniej równy okresowi pobierania stypendium licząc od zdania egzaminu specjalizacyjnego w zakresie dyscypliny zaakceptowanej przez Fundatora.
3. Przedkładania, na żądanie przyznającego stypendium, bieżących wyników w nauce na podstawie indeksu studenta.

§ 4

1. Fundator lub upoważnieni pracownicy Fundatora mają prawo żądać, aby Stypendysta w wyznaczonym terminie przedstawił dodatkowe informacje i wyjaśnienia dotyczące realizacji niniejszej umowy.
2. Fundator może wstrzymać realizację programu stypendium, jeśli:
 - a) stypendysta nie realizuje zobowiązań określonych w § 3,
 - b) uzyskuje negatywne wyniki w nauce,
 - c) na uzasadniony wniosek uczelni,
 - d) w przypadkach wskazanych w regulaminie.
3. W przypadku określonym w ust. 2 Stypendysta może być zobowiązany do zwrotu całości środków finansowych przyznanych w ramach stypendium wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia przekazania środków na konto Stypendysty, Fundator zastrzega sobie również prawo rozwiązania niniejszej umowy z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia.

§ 5

Stypendysta wyraża zgodę na wykorzystywanie swego wizerunku oraz jego danych osobowych i innych materiałów ze zrealizowanego stypendium w publikacjach wydawanych przez Fundatora oraz na zamieszczanie ich na stronie internetowej Szpitala Powiatowego w Rawiczu.

§ 6

Umowa może być rozwiązana przez Fundatora ze skutkiem natychmiastowym, z jednoczesnym żądaniem zwrotu przekazanych środków finansowych wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia przekazania środków na konto Stypendysty, w przypadku wykorzystania stypendium niezgodnie z przeznaczeniem określonym w umowie.

§ 7

1. Umowa może być rozwiązana na mocy porozumienia stron w przypadku wystąpienia okoliczności, za które strony nie ponoszą odpowiedzialności, a które uniemożliwiają wykonywanie umowy.
2. W przypadku rozwiązania umowy na mocy porozumienia stron skutki finansowe oraz ewentualny zwrot środków finansowych strony określą w sporządzonym protokole.

§ 8

Wszelkie zmiany umowy wymagają zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 9

Ewentualne spory powstałe w związku z zawarciem i wykonywaniem niniejszej umowy stypendialnej strony poddadzą rozstrzygnięciu właściwego, ze względu na siedzibę Fundatora, sądu powszechnego.

§ 10

Umowa niniejsza została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach.

STYPENDYSTA:

FUNDATOR:

Załączniki:

1. Wniosek w sprawie przyznania stypendium

Nazwisko Imię studenta:	
Adres do korespondencji:	
Adres e-mail:	Numer telefonu:
Nazwa uczelni:	Kierunek studiów:
Rok studiów:	Nr albumu:
Nazwa banku:	
Nr konta bankowego (26 cyfr)	

Data wpływu wniosku:

**WNIOSEK
O PRYZNANIE STYPENDIUM FUNDOWANEGO
Szpitala Powiatowego w Rawiczu Sp. z o.o.**

Proszę o przyznanie stypendium fundowanego na warunkach określonych w Regulaminie udzielania stypendiów .

UZASADNIENIE WNIOSKU:

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

Deklaruję specjalizację:

Załączniki:

1. Zaświadczenie potwierdzające odbywanie studiów ze wskazaniem Wydziału i roku studiów,
2. Kserokopię indeksu z wynikami za ostatni rok akademicki,
3. Oświadczenie o zapoznaniu się z REGULAMINEM przyznawania przez Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o. STYPENDIÓW FUNDOWANYCH dla studentów WYDZIAŁÓW LEKARSKICH UNIWERSYTETÓW MEDYCZNYCH oraz wskazanie specjalności lekarskich, jako możliwych kierunków dokończenia.

DODATKOWE INFORMACJE:

Świadomy odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych i obowiązku zwrotu nieprawnie pobranej pomocy materialnej oświadczam, że podane wyżej informacje są kompletne i zgodne ze stanem faktycznym.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych(Dz. U. z 2002 r. Nr101, poz. 926 z późniejszymi zm.) w celu i zakresie niezbędnym do rozpatrzenia i realizacji niniejszego wniosku.

.....
Data

.....
Podpis studenta

DECYZJA SZPITALA POWIATOWEGO W RAWICZU SP. z o.o.

Na podstawie Regulaminu przyznawania stypendiów fundowanych przez Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o.,

po rozpatrzeniu wniosku studenta.....

Decyzją Zarządu Szpitala :

PRYZNANO stypendium fundowane

w zakresie:

- a) od dnia 01.10 .2013 r. do dnia 30.06. 2014 r
-kwota: (słownie:)
- b) od dnia 01.10 .2014 r. do dnia 30.06. 2015 r
-kwota: (słownie:)
- c) od dnia 01.10 .2015 r. do dnia 30.06. 2016 r
-kwota: (słownie:)
- d) od dnia 01.10 .2016 r. do dnia 30.06. 2017 r
-kwota: (słownie:)
- e) na udokumentowany okres stażu podyplomowego (13 m-cy)
zakończonego egzaminem LEK
-kwota: (słownie:)

Wypłacane miesięcznie w kwocie (słownie:)

począwszy od

NIE PRYZNANO stypendium

Przyczyna nieprzyznania stypendium:

.....
Data

.....
podpisy Zarządu Szpitala