

Projekt pn. „BADAĆ SIĘ TO NIE WSTYD - Regionalny program profilaktyczny w kierunku wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego” RPLD.10.03.03-10-A001/21 współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WŁ na lata 2014-2020

Załącznik nr 4

.....
Imię i nazwisko

.....
miejscowość, data

.....
Adres zamieszkania

WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU NA BADANIE PRZESIEWOWE RAKA JELITA GRUBEGO

Oświadczam, że w związku z moim udziałem w badaniu przesiewowym raka jelita grubego w ramach projektu pn. „BADAĆ SIĘ TO NIE WSTYD - Regionalny program profilaktyczny w kierunku wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego”

1. Dojechałam/em z miejsca zamieszkania do miejsca wykonywania badania i z powrotem.
2. Koszt dojazdu **publicznym środkiem transportu** kołowego lub szynowego, zgodnie z cennikiem biletów II klasy, w obie strony na ww. trasie wynosi zł

Data dojazdu	Opis trasy (początek-koniec trasy)	Środek transportu	Kwota

Proszę o zwrot kosztów dojazdu w wysokościzł

Zwrotu kosztów dojazdu proszę dokonać na **rachunek bankowy/gotówką***:

Dane właściciela rachunku:.....

Nr rachunku bankowego:.....

Otrzymałam gotówką kwotę:

.....
PODPIS UCZESTNIKA

Załączniki: 1.Dokument (np. paragon, bilet) wskazujący na koszt przejazdu (cenę biletu) na danej trasie.

*niepotrzebne skreślić