

Projekt pn. „Masz niepokojące znamiona na skórze? Sprawdź je! - Regionalny program profilaktyki czerniaka i innych nowotworów skóry”
RPLD.10.03.02-10-A001/21 współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WŁ na lata 2014-2020

Załącznik nr 5B

.....
Imię i nazwisko

.....
miejscowość, data

.....
Adres zamieszkania

WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU NA BADANIE DERMATOSKOPOWE

Oświadczam, że w związku z wykonaniem badania dermatoskopowego w ramach projektu pn. „Masz niepokojące znamiona na skórze? Sprawdź je! - Regionalny program profilaktyki czerniaka i innych nowotworów skóry”:

1. **Z mojego miejsca zamieszkania do miejsca wykonania badania nie ma odpowiedniego połączenia środkami transportu publicznej komunikacji zbiorowej.**
2. Dojechałam/em z miejsca zamieszkania do miejsca wykonywania badania i z powrotem **prywatnym samochodem osobowym.**
3. Koszt dojazdu w dwie strony wynosi zł, co potwierdzam załączoną ewidencją przebiegu pojazdu.

Zostałam poinformowany, iż zgodnie z Regulaminem Projektu, maksymalna kwota zwrotu kosztów dojazdu na badanie prywatnym samochodem osobowym wynosi 60 zł.

Proszę o zwrot kosztów dojazdu w wysokości zł

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

Dane właściciela rachunku:.....

Nr rachunku bankowego:.....

Otrzymałam gotówką kwotę:

.....
PODPIS UCZESTNIKA

Załączniki: 1. **Ewidencja przebiegu pojazdu** wg załączonego wzoru

*niepotrzebne skreślić



Projekt pn. „Masz niepokojące znamiona na skórze? Sprawdź je! - Regionalny program profilaktyki czerniaka i innych nowotworów skóry”
RPLD.10.03.02-10-A001/21 współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WŁ na lata 2014-2020

EWIDENCJA PRZEBIEGU POJAZDU

Marka samochodu:

Nr rejestracyjny:

Pojemność skokowa silnika:

Stawka za 1 km przebiegu:

- w przypadku pojemności skokowej silnika do 900 cm³ – **0,5214 zł***
- w przypadku pojemności skokowej silnika powyżej 900 cm³ – **0,8358 zł****

Data wyjazdu	Opis trasy (początek-koniec trasy)	Cel wyjazdu	Liczba przejechanych km	Koszt przejazdu (liczba km x stawka za 1 km)
		Wykonanie bad. profilakt.		
		Wykonanie bad. profilakt.		
		RAZEM:		

Oświadczam, że ww. przebieg pojazdu jest zgodny ze stanem faktycznym.

.....

data

.....

PODPIS UCZESTNIKA

*stawka zgodna z Rozporządzeniem Ministra Infrastruktury z 25 marca 2002 r. w sprawie warunków ustalania oraz sposobu dokonywania zwrotu kosztów używania do celów służbowych samoch. osob. niebędących własnością pracodawcy