

OŚWIADCZENIE
DOTYCZĄCE ZWROTU KOSZTÓW DOJAZDU

Niniejszy dokument dotyczy uczestnictwa w projekcie pn. „**Profilaktyka i diagnostyka jelita grubego w powiecie parczewskim**” realizowanym w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 w zakresie Osi Priorytetowych 9 - 12 RPO WL 2014-2020, 10 Adaptacyjność przedsiębiorstw i pracowników do zmian, Działania 10.3 Programy polityki zdrowotnej.

Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, iż w związku z moim uczestnictwem w Projekcie pn. „Profilaktyka i diagnostyka jelita grubego w powiecie parczewskim” korzystałem/korzystałam z transportu publicznego/specjalistycznego/prywatnego* na wskazanej trasie:

od (adres zamieszkania):

do Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Parczewie, ul. Kościelna 136, 21-200 Parczew w celu wykonania badania kolonoskopowego.

Na podstawie*:

1. przekazanego dokumentu potwierdzającego przejazd:

- środkami transportu komunikacji publicznej (bilet)
- środkami transportu specjalistycznego (faktura)

2. przedstawionych danych wskazujących przejazd:

- transportem prywatnym (nr tablicy rejestracyjnej samochodu:

proszę o zwrot kosztów dojazdu do miejsca związanego z realizacją Projektu i z powrotem.

Kwota zwrotu kosztów dojazdu określona ryczałtem wynosi: 10,00 zł (słownie: dziesięć złotych 00/100).

Ww. kwotę otrzymałem/otrzymałam w gotówce / lub proszę przelać na nr konta*:

--

Data	Miejscowość	Czytelny podpis uczestnika Projektu
------	-------------	-------------------------------------

--	--	--

* właściwie zakreślić