



OŚWIADCZENIE  
DOTYCZĄCE ZWROTU KOSZTÓW DOJAZDU

*Niniejszy dokument dotyczy projektu pn. „**Profilaktyka i diagnostyka jelita grubego w podregionie bialskim**” 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 podregionie bialskim” 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

\* właściwe zakreślić