



nr .....  
(wypełnia Projektodawca)

.....  
(imię i nazwisko Uczestnika/Uczestniczki projektu)

.....  
(ulica, nr domu zamieszkania)

.....  
(kod pocztowy, miejscowość zamieszkania)

## WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU

w ramach projektu „Zdrowa Aorta – Wielkopolski program zwiększenia aktywności zawodowej poprzez badania przesiewowe w obszarze tętniaka aorty brzusznej”

Zwracam się z prośbą o zwrot kosztów dojazdu z miejsca zamieszkania do miejsca, w którym odbyło się: *(właściwie zaznaczyć znakiem X):*

- Badanie angiografia w rezonansie: .....(data i miejsce badania)  
 Konsultacja lekarza specjalisty: .....(data i miejsce konsultacji)

Oświadczam, że przejazd odbył się na trasie:

..... (miejsce wyjazdu) - ..... (miejsce docelowe)

Liczba km: ..... (w jedną stronę)

Proszę o zwrot kosztów dojazdu w wysokości ..... zł brutto.

Do wniosku załączam bilet/bilety PKP II klasy.

*Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.*

.....  
DATA

.....  
PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU