



WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU UCZESTNIKÓW PROJEKTU
w ramach projektu Dzienny Dom Opieki Medycznej „ZACISZE” w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014 – 2020, Oś Priorytetowa 9. Region spójny społecznie, Działanie 9.2. Usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałania 9.2.1. Usługi społeczne i zdrowotne w regionie współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Nr projektu: RPMP.09.02.01-12-0013/18

NR DOKUMENTU

Ja niżej podpisała/y

(Imię i nazwisko)

numer PESEL

zamieszkała/y w

(adres zamieszkania)

oświadczam, że w związku z moim udziałem w miesiącu roku

.....

w projekcie pod tytułem „Dzienny Dom Opieki Medycznej „ZACISZE” ”

1. Dojeżdżałem/am:

-do miejsca realizacji projektu tj. DDOM „ ZACISZE” prowadzony przez Zakład Pielęgnacyjno - Opiekuńczy „Zacisze” Pielęgniarki i Położne Ewa Stanek, Bożena Mitka Spółka Partnerska, pod adresem ul. K.K .Wielkiego nr 86 z miejsca zamieszkania

-z miejsce realizacji projektu tj. DDOM „ZACISZE” prowadzony przez Zakład Pielęgnacyjno - Opiekuńczy „Zacisze” Pielęgniarki i Położne Ewa Stanek, Bożena Mitka Spółka Partnerska, pod adresem ul. K.K. Wielkiego nr 86 do miejsca zamieszkania

2. Miesięczny koszt dojazdu wynika z poniższej kalkulacji:

Lp	Data	Kwota brutto w PLN (Koszt dojazdu najtańszym publicznym środkiem transportu w obie strony)	Informacja dodatkowa
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
RAZEM W PLN			

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

Weryfikacja obecności uczestnika projektu: ZGODNA/NIEZGODNA*

Podpis i stanowisko osób weryfikujących obecność uczestnika projektu:

.....

.....
* *niepotrzebne skreślić*

Zwrotu kosztów dojazdu proszę dokonać na konto:

.....
(Dane posiadacza rachunku)

.....
(Numer rachunku)

.....
(Nazwa banku)

.....
(Data i podpis uczestnika Projektu)



OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI CENY BILETU NA OKREŚLONEJ TRASIE PRZEJAZDU

Oświadczam, że od dnia:.....

na trasie z do

- występuje połączenie bezpośrednie, a cena najtańszego biletu środkami transportu publicznego szynowego lub kołowego zgodnie z cennikiem biletów II klasy w obie strony na ww. trasie wynosi zł
(słownie:)*
- nie występuje połączenie bezpośrednie, a cena najtańszego biletu środkami transportu publicznego szynowego lub kołowego zgodnie z cennikiem biletów II klasy w obie strony na równorzędnej trasie wynosi zł
(słownie:)*

miejsowość i data

podpis

* *niepotrzebne skreślić*

** *zaznaczyć właściwe*

Załączniki:

- wydruk ze strony internetowej danego przewoźnika dokumentujący ceny biletów obowiązujących na danej trasie lub oryginalne bilety zawierające cenę, trasę przejazdu i okres obowiązywania (jeżeli dotyczy) lub inny dokument potwierdzający cenę biletu