



**DEKLARACJA KORZYSTANIA ZE ZWROTU KOSZTÓW DOJAZDU
W OKRESIE ROZPOCZĘCIA I ZAKOŃCZENIA UDZIAŁU W PROJEKCIE**
*w ramach projektu 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*

DANE OSOBOWE	
Imię	
Nazwisko	
PESEL	
Deklaruję chęć korzystania ze zwrotu kosztów dojazdu w ramach projektu Tak Nie	
..... Data i czytelny podpis	