



WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU TRANSPORTEM PRYWATNYM

Uczestnika Projektu objętego wsparciem w ramach projektu::
*„Popularyzacja badań kolonoskopowych i podniesienie świadomości
w zakresie profilaktyki raka jelita grubego wśród mieszkańców powiatu nowotarskiego
przez Podhalański Szpital Specjalistyczny w Nowym Targu”*

Imię i nazwisko:

Data urodzenia (dzień - miesiąc - rok) - -

PESEL

W związku z przystąpieniem do Projektu „Popularyzacja badań kolonoskopowych i podniesienie świadomości w zakresie profilaktyki raka jelita grubego wśród mieszkańców powiatu nowotarskiego” nr projektu RPMP.08.06.02-12-0227/16 - realizowanego przez Podhalański Szpital Specjalistyczny w Nowym Targu w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, 8 Oś Priorytetowa Rynek pracy, Działanie 8.6 Wsparcie na rzecz wydłużenia aktywności zawodowej, Poddziałanie 8.6.2 Programy zdrowotne - dofinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego - **zwracam się z prośbą o zwrot kosztów dojazdu na badania:**

ilość kilometrów	
pojemność silnika	
nr rejestracyjny samochodu	

Oświadczam, że jestem właścicielem pojazdu lub posiadam tytuł prawny do korzystania z pojazdu o numerze rejestracyjnym

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis uczestnika projektu

Zwrot w wysokości

(słownie:

.....)

Proszę o przelew środków finansowych na mój rachunek bankowy:

.....

.....
Podpis pracownika szpitala