

## WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU

W związku z przystąpieniem do projektu pn.: „Popularyzacja badań kolonoskopowych i podniesienie świadomości w zakresie profilaktyki raka jelita grubego wśród mieszkańców powiatu nowotarskiego i tatrzańskiego - ETAP II”, zwracam się z prośbą o zwrot kosztów dojazdu na badania

1. TRANSPORTEM PRYWATNYM\*

2. KOMUNIKACJĄ PUBLICZNĄ\*

3. TRANSPORTEM ORGANIZOWANYM PRZEZ PODHALAŃSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY\*\*

\*zakreślić właściwe

\*\* dotyczy osób z niepełnosprawnościami

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

PESEL

Adres zamieszkania \_\_\_\_\_

1. Nr rejestracyjny pojazdu \_\_\_\_\_ \*

Pojemność silnika \_\_\_\_\_ \* Ilość kilometrów wliczając dojazd i powrót \_\_\_\_\_ \*

\*wypełnij w przypadku **transportu prywatnego**

2. Przedstaw w załączeniu bilety do rozliczenia\*

\*w przypadku **transportu publicznego**

3. Zgłaszam potrzebę transportu organizowanego przez szpital

\_\_\_\_\_

Proszę o przelew środków finansowych na podany niżej rachunek bankowy:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Miejscowość i data

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis uczestnika projektu

WYSOKOŚĆ ZWROTU \_\_\_\_\_

(WYPEŁNIA PRACOWNIK SZPITALA)

\_\_\_\_\_  
PODPIS PRACOWNIKA SZPITALA