

## OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ZWROTU KOSZTÓW DOJAZDU

Niniejszy dokument dotyczy projektu pn. „Warto się badać – program profilaktyki raka jelita grubego” realizowanym w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 w zakresie Osi Priorytetowych 9 - 12 RPO WL 2014-2020, 10 Adaptacyjność przedsiębiorstw i pracowników do zmian, Działania 10.3

Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, iż w związku z moim uczestnictwem w Projekcie pn. „Warto się badać- program profilaktyki raka jelita grubego” korzystałem/korzystałam z transportu publicznego/specjalistycznego/prywatnego na wskazanej trasie: od (adres zamieszkania):

.....  
do Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej we Włodawie, Al. J. Piłsudskiego 64, 22-200 w celu wykonania badania kolonoskopowego.

Na podstawie:

1. przekazanego dokumentu potwierdzającego przejazd: -
  - środkami transportu komunikacji publicznej (bilet) -
  - środkami transportu specjalistycznego (faktura) -
2. przedstawionych danych wskazujących przejazd: -
  - transportem prywatnym (nr tablicy rejestracyjnej samochodu:.....)

proszę o zwrot kosztów dojazdu do miejsca związanego z realizacją Projektu i z powrotem.

Ww. kwotę otrzymałem/otrzymałam w gotówce / lub proszę przelać na nr konta:

Data

Miejscowość

Czytelny podpis

--	--	--