Załącznik nr 6

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARZ ZWROTU KOSZTÓW DOJAZDU** | | | | | | | |
| **NAZWISKO:** | | **IMIĘ:** | | | | | |
| ADRES ZAMIESZKANIA: | | | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | E-MAIL: | TEL: | | | | | | | | |
| ***DANE BANKOWE:*** | | | | | | | |
| NAZWISKO POSIADACZA RACHUNKU: | | | | | | | |
| NAZWA BANKU *:* | | | | | | | |
| NUMER RACHUNKU BANKOWEGO: | | | | | | | |
| ***WYDATKI PONIESIONE PODCZAS PODRÓŻY:*** | | | | | | | |
| ***ŚRODEK LOKOMOCJI:*** | ***OD:*** | | | ***DO:*** | | ***KOSZT:*** |
|  |  | | |  | |  |
|  |  | | |  | |  |
|  |  | | |  | |  |
|  |  | | |  | |  |
| **SAMOCHÓD**  Marka…………………………………….  Nr rejestracyjny…………………….. | | | SAMOCHÓD:   * własny * użyczony | | Km (w obie strony): | | |
| Zobowiązuje się na żądanie Beneficjenta udostępnić w celach kontrolnych kserokopię dowodu rejestracyjnego. | | | | | | | |
| Na wymienionej we wniosku o zwrot kosztów dojazdu trasie, koszty przejazdu najtańszym środkiem publicznej komunikacji zbiorowej w obie strony wynoszą ......................................... zł  (słownie: ...........................…............................................……………………………………….......) | | | | | | | |
| Potwierdzam, że podane informacje o podróży są prawdziwym zestawieniem kosztów poniesionych przez mnie w podróży. Nie zwracałem i nie będę zwracał poniesionych wydatków z jakiegokolwiek innego źródła, ani też nie uwzględniłem żadnych wydatków zapłaconych bezpośrednio z innego źródła. | | | | | | | |
| **Data**: | | **Podpis uczestnika:** | | | | | |

Załączniki (zaznaczyć właściwe):

* bilety jednorazowe, szt. ..............;
* oświadczenie dotyczące użyczenia samochodu

Załącznik - Oświadczenie dotyczące użyczenia samochodu

**Oświadczenie dotyczące użyczenia samochodu**

Oświadczam, że jestem właścicielem/współwłaścicielem\* samochodu marki ........……………………….… .......................................o numerze rejestracyjnym ....................…............ i użyczam w/w pojazd   
Panu/Pani ......................................................… celem dojazdu na szkolenie w ramach projektu pn.: „Program poprawy dostępności i efektywności leczenia pozaszpitalnego dla pacjentów obciążonych raną przewlekłą – podregion sosnowiecki”.

Zobowiązuje się na żądanie Beneficjenta udostępnić w celach kontrolnych kserokopię dowodu rejestracyjnego.

…..…………………………………………………………..….. …………………………………………………………………….

Miejscowość, data Czytelny podpis Użyczającego