

WNIOSEK O ZWROT KOSZTU DOJAZDU

Imię, Nazwisko

Adres:

(powiat, kod pocztowy, miasto, ulica, nr domu, nr mieszkania)

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. „Program profilaktyki zdrowotnej MegaMed: „Program wczesnego wykrywania raka jelita grubego wśród mieszkańców **powiatu bełchatowskiego, piotrkowskiego, radomszczańskiego i pajęczańskiego**” nr projektu RPLD.10.03.03-10-A010/16, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, zwracam się z prośbą o zwrot kosztów dojazdu na badania:

w wysokości
(słownie:.....) na niżej wskazany rachunek bankowy:

.....

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

W załączeniu:

Oryginał lub ksero dokumentu potwierdzający opłatę za przejazd środkami komunikacji (publicznej (np. MZK, PKS, BUS, itp.)