



WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU/PRZEJAZDU/TRANSPORTU

Ja niżej podpisany/a
(imię i nazwisko)

zamieszkały/a
.....
(adres zamieszkania/ulica/numer/miejscowość)

oświadczam, iż uczestnicząc we wsparciu w ramach projektu „Dzienny Dom Opieki Medycznej”

nr POWR.05.02.00-00-0139/15. w terminie **od**.....**do**.....
dojeżdżałem/am:

środkami komunikacji publicznej

własnym samochodem/innym środkiem transportu

Koszt dojazdu najtańszym publicznym środkiem transportu (w klasie II) **w jedną stronę na w/w**

trasie wynosi zł, co potwierdzam: oryginałami **biletów/oświadczeniem z właściwej firmy przewozowej/wydrukiem cennika ze strony internetowej przewoźnika***.

*** niepotrzebne skreślić**

W związku z powyższym wnioskuję o zwrot kosztów dojazdu na spotkanie na trasie z miejsca zamieszkania na miejsce uczestnictwa we wsparciu i z powrotem.

Zwrotu kosztów dojazdu proszę dokonać:

na poniżej wskazane konto bankowe którego jestem posiadaczem/ką.

poprzez wypłatę w kasie w Centrum Pomocowym Caritas im. Jana Pawła II ul. Fromborska 24 w Gdańsku.



W przypadku wyboru zwrotu na wskazane konto bankowe, należy uzupełnić poniższą tabelę.

Dane do przelewu	
Właściciel konta bankowego (imię nazwisko):	
Adres zamieszkania: (kod/ miasto/ ulica/ nr domu/ nr lokalu)	
Nr konta bankowego:	

UWAGA ! W przypadku biletów - prosimy dokleić / doczepić bilety, każdy bilet powinien być na odwrocie podpisany (imię i nazwisko Uczestnika)

Oświadczam, że podane informacje dotyczące przejazdu są zgodne ze stanem rzeczywistym.

.....

Podpis Uczestnika

WYPEŁNIA CARITAS ARCHDIECEZJI GDAŃSKIEJ

Ilość dni w których Uczestnik projektu korzystał ze wsparcia w ramach projektu - x
ilość przejazdów..... x koszt dojazdu najtańszym publicznym środkiem transportu (w klasie II) w jedną stronę na wskazanej przez Uczestnika projektu trasie zł
= zł.

.....

Podpis Koordynatora projektu