

Załącznik nr 3

Wniosek o zwrot kosztów dojazdu na badanie mammograficzne i/lub* szkolenie indywidualne w ramach projektu pn. „SIŁA KOBIETY”

dotyczy osób ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności

Ja niżej podpisana,

o nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

zwracam się z prośbą o zwrot poniesionych przeze mnie kosztów dojazdu na badanie mammograficzne i/lub* szkolenie indywidualne w ramach projektu „SIŁA KOBIETY” do Mościckiego Centrum Medycznego sp. z o.o., ul. E. Kwiatkowskiego 15, 33-101 Tarnów.

Oświadczam, że:

- Posiadam znaczny/umiarkowany* stopień niepełnosprawności,
- W dniu dojechałam na badanie mammograficzne i/lub* szkolenie indywidualne:

a) Trasa przejazdu:

Miejsce zamieszkania (adres):	
Miejsce badania/szkolenia* (adres):	Mościckie Centrum Medyczne sp. z o.o., ul. E. Kwiatkowskiego 15, 33-101 Tarnów

b) Własnym/użyczonym/wynajętym* środkiem transportu (wypełnić, jeśli dotyczy):

Marka:		Nr rejestracyjny pojazdu:	
Model:		Pojemność silnika:	
Liczba przejechanych kilometrów:			

Uwaga: o zwrot kosztów nie mogą ubiegać się dwie lub więcej osób korzystających jednocześnie z tego samego środka transportu

c) środkiem transportu publicznego kołowego lub szynowego, którego koszt wynosi zgodnie z cennikiem biletów II klasy, w obie strony na ww. środek transportu (wypełnić, jeśli dotyczy):

Opis trasy (początek-koniec trasy)	Środek transportu	Kwota

d) taksówką (wypełnić, jeśli dotyczy):

Rozliczenie

Rozliczenie kosztów dojazdu własnym/użyczonym/wynajętym* środkiem transportu (jeśli dotyczy)**:

Liczba przejechanych km:	
Koszt 1 km:	
Kwota zwrotu (zł):	

Rozliczenie kosztów dojazdu środkiem transportu publicznego, kołowego lub szynowego, którego koszt wynosi zgodnie z cennikiem biletów II klasy, w obie strony na wskazany środek transportu (jeśli dotyczy):

Kwota zwrotu (zł):	
---------------------------	--

Data wypłaty:	
Podpis osoby upoważnionej ze strony Realizatora projektu:	

Rozliczenie kosztów taksówki, w obie strony, na wskazany środek transportu (jeśli dotyczy):

Kwota zwrotu (zł):	
---------------------------	--

Data wypłaty:	
Podpis osoby upoważnionej ze strony Realizatora projektu:	

* *niepotrzebne skreślić*

** *zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Infrastruktury z dnia 25 marca 2002 r. w sprawie warunków ustalania oraz sposobu dokonywania zwrotu kosztów używania do celów służbowych samochodów osobowych, motocykli i motorowerów niebędących własnością pracodawcy (Dz.U. 2002 nr 27 poz. 271 z późn. zm.).*