



.....
(miejscowość, data)

**WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU
NA BADANIE KOLONOSKOPOWE PRZEPROWADZONE W RAMACH PROJEKTU
Program profilaktyki raka jelita grubego dla osób powyżej 50 roku życia i z
określonych grup podwyższonego ryzyka**

IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA PROJEKTU

PESEL:

MIEJSCE ZAMIESZKANIA :

Ja niżej podpisana/y, oświadczam, że w związku z udziałem w badaniu konoskopowym w ramach w/w projektu dojechałem z miejsca zamieszkania do miejsca wykonania badania konoskopowego i z powrotem, oraz, że koszt dojazdu prywatnym transportem; publicznym środkiem transportu kołowego (bus/autobus) lub szynowego zgodnie z cennikiem biletów II klasy, w obie strony na niżej wymienionej trasie wynosi zł. Kilometrówka wynosi:

| Opis trasy | | Data badania | Środek transportu | Kwota (zł) w obie strony |
|------------------------------|-------------------------------|--------------|-------------------|--------------------------|
| Nazwa miejscowości (wyjazd) | Nazwa miejscowości (przyjazd) | | | |
| z domu do placówki medycznej | | | | |
| | | | | |
| z placówki medycznej do domu | | | | |
| | | | | |

Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

Proszę o zwrot kosztów dojazdu w wysokości: zł
na konto bankowe nr

.....
podpis Uczestniczki/Uczestnika Projektu

Załączniki – dokument potwierdzający koszt przejazdu (cenę biletu) na danej trasie, np. bilet, paragon / faktura, zaświadczenie od przewoźnika, wydruk z cennika