

Załącznik nr 2

WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU PUBLICZNYM ŚRODKIEM TRANSPORTU

Kod kursu

Imię i nazwisko Uczestnika Projektu:

Adres zamieszkania Uczestnika Projektu:

Nazwa kursu:

Miejsce realizacji kursu:

Zwracam się z prośbą o dokonanie zwrotu poniesionych przeze mnie kosztów dojazdu z miejsca zamieszkania do miejsca realizacji kursu za okres od do

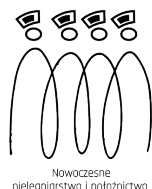
Data uczestnictwa w kursie	Środek transportu (PKP, PKS, BUS, MZK, inne)	Kurs specjalistyczny/kwalifikacyjny*		Razem koszty dojazdu
		koszt dojazdu	koszt powrotu	
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
OGÓŁEM				

Słownie złotych:

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Data i czytelny podpis Uczestnika Projektu

Biuro Projektu:



Centrum Doskonalenia Kadr Medycznych w Busku - Zdroju Zakładu Doskonalenia Zawodowego w Kielcach
ul. Wojska Polskiego 30; 28-100 Busko - Zdrój,
tel./fax: 41 378 28 74 lub tel.: 41 378 43 40
pielgniarki@zdz.kielce.pl www.pielgniarki.zdz.kielce.pl

Projekt pn. „Kształcenie ustawiczne gwarantem wysokiego profesjonalizmu pielęgniarek i położnych” jest realizowany na podstawie umowy nr POWER.05.04.00-00-0027/15-00 zawartej ze Skarbem Państwa - Ministrem Zdrowia



Ministerstwo Zdrowia



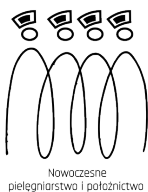
Projekt pn. „Kształcenie ustawiczne gwarantem wysokiego profesjonalizmu pielęgniarek i położnych” jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego - Działanie 5.4 „Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych” PO WER 2014-2020

UWAGA! Wniosek jest ważny z zaświadczeniem od przewoźnika o cenie biletu lub biletami jednostkowymi zgodnymi z dnami obecności na kursie.

Wypełnia Organizator kształcenia:

	TAK	NIE	Nie dotyczy
1. Czy zestawienie jest zgodne z listą obecności?	☐	☐	
2. Czy dołączono zaświadczenie od przewoźnika o cenie biletu?	☐	☐	☐
3. Czy dołączono bilety?	☐	☐	☐
a) Czy daty na biletach są zgodne z terminami kursu?	☐	☐	☐
b) Czy bilety są czytelne?	☐	☐	☐

Data i czytelny podpis Organizatora kształcenia



Biuro Projektu:
Centrum Doskonalenia Kadr Medycznych w Busku - Zdroju Zakładu Doskonalenia Zawodowego w Kielcach
ul. Wojska Polskiego 30; 28-100 Busko - Zdrój,
tel./fax: 41 378 28 74 lub tel.: 41 378 43 40
pielgniarki@zdz.kielce.pl www.pielgniarki.zdz.kielce.pl

Projekt pn. „Kształcenie ustawiczne gwarantem wysokiego profesjonalizmu pielęgniarek i położnych”
jest realizowany na podstawie umowy nr POWER.05.04.00-00-0027/15-00
zawartej ze Skarbem Państwa - Ministrem Zdrowia

