



.....
Miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE O CENIE BILETU

WYPEŁNIA UCZESTNIK PROJEKTU:

Imię i nazwisko Uczestnika Projektu:

Miejsce zamieszkania Uczestnika Projektu:

.....

Miejsce odjazdu (miejscowość i ulica):

Miejsce realizacji kursu:

WYPEŁNIA PRZEWOŹNIK:

Cena biletu jednorazowego na trasie dojazdu z wyżej wymienionego miejsca zamieszkania Uczestnika Projektu do wyżej wymienionego miejsca realizacji kursu najtańszym środkiem komunikacji publicznej tj. PKS, PKP, BUS, MZK*** wynosi:zł

słownie złotych:

Oświadczam również, iż cena biletu jednorazowego na trasie powrotnej wynosizł

słownie złotych:

Oświadczam, iż w okresie od do tj. w okresie realizacji kursu cena biletu nie ulegnie / nie uległa*** zmianie.

.....
Pieczęć i podpis przewoźnika

*** niepotrzebne skreślić

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
piellegniarki@zdz.kielce.pl www.piellegniarki.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

