Zadanie realizowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025, finansowane przez Ministra Zdrowia

WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW PRZEJAZDU

Imię i nazwisko uczestnika szkolenia: ……..

Miejsce zamieszkania: ……..

Data i miejsce warsztatów w ramach szkolenia: ……

Oświadczam, iż w związku z udziałem w szkoleniu dla pracowników mających kontakt z pacjentem cierpiącym na zaburzenie psychiczne oraz jego rodziną, poniosłem/-am następujące koszty przejazdu:

Data	**Miejscowość zamieszkania**	**Miejscowość realizacji warsztatów**	**Środek transportu** (komunikacja publiczna/ samochód prywatny)*	**Koszt przejazdu w obie strony [PLN]**

** W przypadku wskazania komunikacji publicznej (pociąg, autobus, bus) do wniosku należy dołączyć oryginalne bilety*

1. Zwrot kosztów następuje na podstawie biletów przejazdu (np. biletu kolejowego, autobusowego, itp.) poświadczających przejazd do miejsca warsztatów i *z* powrotem. Przy podróżach własnym środkiem lokomocji refundacja kosztów przewidziana jest do wysokości ceny biletu za przejazd publicznymi środkami komunikacji na danej trasie, potwierdzonymi zaświadczeniami od przewoźników, wydrukami cenników ze stron przewoźników lub innych stron internetowych stanowiących źródło informacji na temat cen biletów np. strony www.e-podroznik.pl. **POTWIERDZENIE CENY BILETU NA DANEJ TRASIE DO WNIOSKU DOŁĄCZA UCZESTNIK SZKOLENIA.**
   W PRZYPADKU BRAKU ZAŁĄCZONEGO POTWIERDZENIA WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU NIE BĘDZIE ROZPATRYWANY.
2. Wniosek o zwrot kosztów przejazdu należy złożyć w terminie do **14 dni po zakończeniu szkolenia**. Należność zostanie przekazana na wskazane konto wnioskodawcy w terminie do 14 dni licząc od dnia poprawnie złożonego wniosku.

Zwrot należności na konto bankowe o numerze:

Data: ..... **Podpis uczestnika**: .....

Wypełnia Organizator szkolenia:

Potwierdzenie obecności uczestnika na warsztatach w ramach szkolenia: ……
(podpis Organizatora)

Zatwierdzam do wypłaty: ……
(data i podpis Organizatora)