**Kształcenie lekarzy w Centrum Zaawansowanych Technik Operacyjnych Światowego Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii dla potrzeb otochirurgii, rynochirurgii, fonochirurgii, chirurgii oczodołu, chirurgii szczękowej, chirurgii podstawy czaszki.**

**nr POWR.05.04.00-00-0156/18-00.**

**Wniosek o zwrot kosztów dojazdu przez Realizatora Projektu**

|  |
| --- |
| **Dane wnioskodawcy** |
| **Imię i nazwisko** | Wpisz pełne imię i nazwisko |
| **Data szkolenia**  | Wybierz element |
| **PESEL** | Wpisz numer PESEL |
| **Adres zamieszkania** (*miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu*) | **Ulica:** | Pełna nazwa ulicy |
| **Numer domu:** | Nr domu | **Numer lokalu:** | Nr lokalu |
| **Kod pocztowy:** | Kod pocztowy | **Miejscowość:** | Nazwa miejscowości |
| **Informacje dotyczące przejazdu** |
| **Rodzaj pojazdu[[1]](#footnote-1)** | Wybierz element | Jeśli wybrano opcję „inne” – tu proszę wpisać nazwę środka transportu |
| **Odległość z miejsca zamieszkania do miejsca szkolenia[[2]](#footnote-2)** | Wpisz odległość | **km** | **Numer rejestracyjny pojazdu[[3]](#footnote-3)** | Wpisz numer rejestracyjny |  |
| **Oświadczam, że koszt przejazdu w związku z moim udziałem w szkoleniu w okresie objętym wnioskiem wyniósł:[[4]](#footnote-4)** | Wpisz kwotę | **zł** |
| **Jednocześnie oświadczam, że najtańszy koszt przejazdu do miejsca szkolenia i drogi powrotnej na powyższej trasie wynosi:[[5]](#footnote-5)** | Wpisz kwotę | **zł** |
| **Wnioskowana kwota do zwrotu:** | Wpisz kwotę | **zł** |

**Numer rachunku bankowego Wnioskodawcy, na który należy dokonać zwrotu kosztów dojazdu:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Proszę o przekazanie należności na rachunek bankowy innej osoby.** Oświadczam jednocześnie, iż Właściciel rachunku bankowego wyraził zgodę na przekazanie swoich danych osobowych w postaci imienia i nazwiska oraz numeru rachunku bankowego do celu wypłaty wnioskowanej należności oraz został zapoznany z informacjami, o których mowa w art. 13 i 14 RODO, zgodnie z treścią klauzul informacyjnych zawartych w formularzu zgłoszeniowym oraz dokumentacji uczestnika Projektu.

**Numer rachunku bankowego innej osoby, na który należy dokonać zwrotu kosztów dojazdu:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko właściciela rachunku bankowego** | Pełne imię i nazwisko – należy wypełnić tylko wtedy, gdy przelew ma zostać zrealizowany na rachunek bankowy, który nie należy do Wnioskodawcy  |

**Oświadczam, że**:

[ ] Wszystkie dane podane przeze mnie w niniejszym wniosku oraz pozostałych dokumentach rekrutacyjnych są zgodne z prawdą. W przypadku podania nieprawdziwych danych zobowiązuję się do zwrotu przekazanych mi środków wraz z odsetkami ustawowymi.

[ ] Nie otrzymałem dofinansowania częściowego ani zwrotu kosztów dojazdu z innego źródła, w tym w szczególności nie rozliczam swojego udziału w Szkoleniu jako kosztów delegacji służbowej oraz, że koszty mojego udziału w Szkoleniu nie zostały sfinansowane z Funduszy Europejskich.

[ ] Zapoznałam/-em się z treścią Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie pt. „*Kształcenie lekarzy w Centrum Zaawansowanych Technik Operacyjnych Światowego Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii dla potrzeb otochirurgii, rynochirurgii, fonochirurgii, chirurgii oczodołu, chirurgii szczękowej, chirurgii podstawy czaszki*” nr POWR.05.04.00-00-0156/18-00, w tym w szczególności zapisów dotyczących warunków bezpłatnego zakwaterowania i zwrotu kosztów dojazdu dla Uczestników Szkolenia, oraz że w pełni rozumiem, akceptuję wszystkie jego postanowienia i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

[ ] Na wezwanie Realizatora Projektu zobowiązuję się dostarczyć, w wyznaczonym przez niego czasie inne niż załączone przeze mnie dokumenty konieczne do rozpatrzenia mojego wniosku.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Data* |  | *Czytelny podpis Wnioskodawcy/Uczestnika Projektu* |

Załączniki:

[ ] Bilet jednorazowy.

[ ] Imienny bilet miesięczny lub okresowy – xerokopia.

[ ] Paragon/potwierdzenie płatności w przypadku doładowania nośników biletów komunikacji miejskiej.

[ ] Paragon/potwierdzenie płatności w przypadku korzystania ze środków transportu prywatnego takich jak np. taksówka.

[ ] Inne

Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst

|  |  |
| --- | --- |
| **Kwota po weryfikacji:** |  |
| **Data i podpis pracownika dokonującego weryfikacji:** |  |

1. Należy wypełnić tylko w przypadku transportu własnego. [↑](#footnote-ref-1)
2. Należy wypełnić tylko w przypadku transportu własnego.

**Odległość ustalana jest na podstawie optymalnej trasy przejazdu publikowanej na stronie internetowej www.maps.google.pl.**  [↑](#footnote-ref-2)
3. Należy wypełnić tylko w przypadku transportu własnego. [↑](#footnote-ref-3)
4. Należy obliczyć dwukrotność ceny zakupionych biletów, zrealizowanych opłat a w przypadku transportu własnego dwukrotność iloczynu przejechanych kilometrów i stawki za jeden kilometr: 0,5214 zł dla samochodów z silnikiem o pojemności mniejszej lub równej 900 cm3; 0,8358 zł dla samochodów z silnikiem powyżej 900 cm3, 0,2302 zł dla motocykla, 0,1382 zł dla motoroweru. [↑](#footnote-ref-4)
5. Należy wskazać wysokość opłat za środki transportu publicznego szynowego lub kołowego zgodnie z cennikiem biletów II klasy obowiązującym na danym obszarze. Pole należy wypełnić także w przypadku korzystania ze środków transportu prywatnego (w szczególności samochodem lub taksówką). [↑](#footnote-ref-5)