Załącznik nr 5.

WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU NA SZKOLENIE BHP

nr BHP/…….../202….… z dnia **……………….…**

w ramach projektu **„**Chcesz wpływać na poprawę warunków pracy? Podnieś swoje kompetencje!”

miejsce: data:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Oświadczam, że ja niżej podpisany/a : | | | | | | | |
| Imię | |  | Nazwisko | |  | | |
| PESEL |  | | | | | | |
| Zamieszkały/a | | | | | | | |
| Ulica | |  | Nr domu |  | | Nr lokalu |  |
| Miejscowość | |  | kod | |  | | |
| Województwo | |  | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Proszę o zwrot kosztów dojazdu w wysokości: | |
| Kwota zwrotu w zł |  |
| Słownie |  |
| Zwrot kosztów dojazdu proszę dokonać na konto: | |
| Nr rachunku bankowego |  |
| Nazwa banku |  |
| Właściciel konta |  |

**Uczestnikowi przysługuje zwrot kosztów dojazdu na i ze szkolenia do wysokości opłat za środki transportu publicznego szynowego lub kołowego zgodnie z cennikiem biletów II klasy obowiązującym na danym obszarze, także w przypadku korzystania ze środków transportu prywatnego.**

Załączniki:

1. Bilety transportu publicznego
2. Cennik transportu publicznego (w przypadku środków transportu prywatnego)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Data / Podpis)