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)