# WNIOSEK

o zwrot wydatków poniesionych w czasie udziału w stażu

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i Nazwisko stażysty |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Numer umowy stażowej |  |
| Miejsce realizacji stażu |  |
| Okres realizacji stażu (z umowy stażowej) |  |

Zwracam się z prośbą o **zwrot kosztów badań lekarskich** w kwocie realnie poniesionych wydatków według załączonych dokumentów:

…………………………………………………………………………………………………………

 *(należy podać kwotę)*

…………………………………………………………………………………………………...….…

 *(wymienić załączone dokumenty)*

Zwrot środków pieniężnych na rachunek bankowy o numerze:

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

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

# Oświadczam, że wyżej wymienione dane są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

..................................................................

(czytelny podpis Stażysty)

*UWAGI*

* Maksymalna jednorazowa kwota zwrotu w okresie realizacji stażu - 100zł/os.
* W celu zaksięgowania kwoty zwrotu wymagane jest jednorazowe wypełnienie wniosku w okresie realizacji stażu, wymagane dołączenie oryginału dokumentu potwierdzającego zapłatę
* Numer rachunku musi być zgodny z numerem podanym w umowie stażowej

Sprawdzono pod względem formalnym:

………………………………………

*Specjalista ds. rozliczeń*

Zatwierdzono do zwrotu kwotę: …………………………………………

Słownie:……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 .………………………………………………………………………

 *Koordynator Projektu*