

FORMULARZ ZWROTU KOSZTÓW DOJAZDU

W związku z uczestnictwem w zadaniu: Szkolenie z zakresu onkologii dla lekarzy POZ na lata 2017-2018 sfinansowanym przez Ministra Zdrowia w ramach programu wieloletniego pn.: "Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych zadanie pn. Szkolenie z zakresu onkologii dla lekarzy POZ na lata 2017-2018" proszę o zwrot poniesionych przeze mnie kosztów dojazdu na szkolenie.

UCZESTNIK:

WYKŁADOWCA:

DATA SZKOLENIA:

MIEJSCE SZKOLENIA:

NAZWISKO:

IMIĘ:

ADRES ZAMIESZKANIA:

E-MAIL:

TELEFON:

DANE BANKOWE:

NAZWISKO POSIADACZA RACHUNKU:

NAZWA BANKU:

NUMER RACHUNKU BANKOWEGO:

1. PODRÓŻ ZA POŚREDNICTWEM PKP/INNY PRZEWOŹNIK-2 KLASA, PKS LUB MIEJSKI ZAKŁAD KOMUNIKACJI

ŚRODEK LOKOMOCJI*:

*(PKP/INNY PRZEWOŹNIK - 2 KLASA, PKS LUB MIEJSKI ZAKŁAD KOMUNIKACJI)

WYDATKI PONIESIONE PODCZAS PODRÓŻY:

ŚRODEK LOKOMOCJI:	TRASA OD:	TRASA DO:	KOSZT:

KWOTA WNIOSKOWANA O ZWROT:

ZAŁĄCZNIKI OBOWIĄZKOWE: ORYGINAŁY BILETÓW JEDNORAZOWYCH SZTUK:

2. PODRÓŻ SAMOCHODEM OSOBOWYM

SAMOCHÓD OSOBOWY WŁASNY:

SAMOCHÓD OSOBOWY UŻYCZONY:

Oświadczam, iż jestem właścicielem/współwłaścicielem poniższego samochodu (i użyczam w/w pojazd powyższemu uczestnikowi/wykładowcy celem dojazdu na powyższe szkolenie*) (*w przypadku samochodu użyczonego):

czytelny podpis właściciela:

MARKA I MODEL SAMOCHODU:

NR REJESTRACYJNY:

POJEMNOŚĆ SILNIKA (CM3):

STAWKA ZA 1 KM PRZEBIEGU:

POJEMNOŚĆ SKOKOWA DO 900 CM3 (0,5214 Zł):

POJEMNOŚĆ SKOKOWA POW. 900 CM3 (0,8358 Zł):

Oświadczam, iż powyższy samochód posiada aktualne badania techniczne i opłacone obowiązkowe ubezpieczenie OC i NW			podpis uczestnika:
Zobowiązuje się na żądanie Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego im.prof.K.Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach do udostępnienia w celach kontrolnych kserokopię dowodu rejestracyjnego.			podpis uczestnika:
Zobowiązuje się na żądanie Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego im.prof.K.Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach do udostępnienia w celach kontrolnych kserokopię prawa jazdy.			podpis uczestnika:
2A. PODRÓŻ SAMOCHODEM OSOBOWYM (W PRZYPADKU BRAKU MOŻLIWOŚCI WYKORZYSTANIA ŚRODKÓW TRANSPORTU PUBLICZNEJ KOMUNIKACJI ZBIOROWEJ WYMIENIONEJ W PKT 1) <input type="radio"/>			
Oświadczam, iż z miejsca zamieszkania do miejsca szkolenia nie ma połączenia komunikacją zbiorową.			podpis uczestnika:
EWIDENCJA PRZEBIEGU POJAZDU:			
TRASA OD:	TRASA DO:	LICZBA KM:	KOSZT (KM X STAWKA):
KWOTA WNIOSKOWANA O ZWROT:			
2B. PODRÓŻ SAMOCHODEM OSOBOWYM (W PRZYPADKU MOŻLIWOŚCI WYKORZYSTANIA ŚRODKÓW TRANSPORTU PUBLICZNEJ KOMUNIKACJI ZBIOROWEJ WYMIENIONEJ W PKT 1) <input type="radio"/>			
Oświadczam, iż na wymienionej we wniosku o zwrot kosztów dojazdu trasie, koszty przejazdu najtańszym środkiem publicznej komunikacji zbiorowej (*PKP/INNY PRZEWOŹNIK - 2 KLASA, PKS LUB MIEJSKI ZAKŁAD KOMUNIKACJI) w obie strony wynoszą:			
KALKULACJA WYDATKÓW :			
KWOTA WNIOSKOWANA O ZWROT:			
ZAŁĄCZNIKI OBOWIĄZKOWE: POTWIERDZENIE CEN PRZEWOŹNIKA			
Potwierdzam, iż podane informacje o podróży są prawdziwym zestawieniem kosztów poniesionych przeze mnie w podróży. Nie otrzymałem zwrotu wydatków z jakiegokolwiek innego źródła.			
DATA:	CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/WYKŁADOWCY:		