



DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ:

- kserokopia biletu miesięcznego,
- jeśli uczestnik projektu nie jest właścicielem rachunku bankowego należy wypełnić *Oświadczenie właściciela rachunku* załącznik nr 1.
- Zaświadczenie przewoźnika o cenie biletu

DECYZJA /WYPEŁNIA BENEFICJENT PROJEKTU/			
ZGODA NA ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU:	TAK		NIE
KWOTA PRZYZNANEGO ZWROTU W PLN:	PLN		
Pula środków na zwrot kosztów dojazdu – nie wyższy niż zł. Zwrot naliczany proporcjonalnie do liczby dni obecności.	 Podpis Beneficjenta		



Załącznik nr 1 do wniosku o zwrot kosztów dojazdu

.....,dn.....

OŚWIADCZENIE

Ja, oświadczam, że jestem właścicielem konta bankowego:

Numer konta.....,
.....

(nazwa banku)

i wyrażam zgodę na dokonanie przelewu na wyżej wskazane konto bankowe, za stypendium szkoleniowe/stażowe i innych należności z tytułu uczestnictwa w Projekcie, które dotyczy Uczestnika/czki Projektu Pana/Pani

.....

(Imię i Nazwisko)

.....

(podpis właściciela konta)

Ja,
.....

(Imię i Nazwisko)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na dokonanie przelewu na powyższe konto bankowe wszystkich moich należności z tytułu uczestnictwa w Projekcie.

.....

(podpis Uczestnika/czki Projektu)



Fundusze Europejskie
dla Wielkopolski

Dofinansowane przez
Unię Europejską



SAMORZĄD
WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO

.....
(Miejscowość, data)

OŚWIADCZENIE PRZEWOŹNIKA O CENIE BILETU

Projekt „**Akademia równych szans**”
w ramach

Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Wielkopolski
2021 - 2027

Oś Priorytetowa 6

Fundusze europejskie dla Wielkopolski o silniejszym wymiarze społecznym (EFS+)

Działanie 6.3

Wyrównywanie szans kobiet i mężczyzn na rynku pracy

Nazwa i adres firmy:

.....
.....

Oświadczam, że koszt przejazdu na trasie:

Z.....

do.....

oraz z.....

do.....

w jedną stronę (bilet normalny) wynosi.....zł (brutto)

☐ Oświadczam, że na wskazanej trasie nie ma środka komunikacji publicznej

.....
(pieczęć firmowa i podpis przewoźnika)

**Jeżeli dojazd do miejsca realizacji formy wsparcia wymaga przesiadki proszę wskazać miejsce przesiadki*



STOWARZYSZENIE OSTROWSKIE CENTRUM WSPIERANIA PRZEDSIĘBIORCZOŚCI
ul. Szkolna 24, 63-400 Ostrów Wlkp.,
tel.: (62) 736 11 60, NIP: 622-250-41-06,
www.ocwp.org.pl