



Projekt pod nazwą: „**Akademia równych szans**” realizowany w ramach Osi priorytetowej 6 Fundusze europejskie dla Wielkopolski o silniejszym wymiarze społecznym (EFS+), Działanie 6.3 Wyrównywanie szans kobiet i mężczyzn na rynku pracy, **Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Wielkopolski 2021 – 2027**, nr **FEWP.06.03-IP.01-0095/23-00**.

WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU realizowanego w ramach projektu „Akademia równych szans” – TRANSPORT PUBLICZNY

(dotyczy wsparcia: _____)

IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA PROJEKTU:	
NAZWA I ADRES PLACÓWKI REALIZUJĄCEJ WSPARCIE	

TERMIN REALIZOWANEGO WSPARCIA OD – DO:			
LICZBA DNI OBECNOŚCI:			
TRASA DOJAZDU:			
ADRES ZAMIESZKANIA UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU W OKRESIE REALIZACJI:			
ADRES MIEJSCA REALIZACJI:			

PROSZĘ O ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU W WYSOKOŚCI:				
METODOLOGIA WYLICZENIA ZWROTU (kwota biletu miesięcznego : ilość dni roboczych x ilość dni obecności)	kwota biletu miesięcznego	ilość dni roboczych	ilość dni obecności	kwota zwrotu

DANE RACHUNKU NA KTÓRY ZOSTANIE PRZELANY ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU:	
NAZWA BANKU:	
IMIĘ I NAZWISKO WŁAŚCICIELA RACHUNKU (jeśli właścicielem rachunku nie jest uczestnik/czka wymagane jest oświadczenie właściciela rachunku zał. 1):	
NUMER RACHUNKU BANKOWEGO:	

[illegible]

DATA ZŁOŻENIA WNIOSKU

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA



Fundusze Europejskie
dla Wielkopolski

Dofinansowane przez
Unię Europejską



SAMORZĄD
WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO

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		



Fundusze Europejskie
dla Wielkopolski

Dofinansowane przez
Unię Europejską



SAMORZĄD
WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO

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 PRZEWÓŹNIKA 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