Wniosek o zwrot kosztów badań lekarskich

Imię i nazwisko Uczestnika	
PESEL	
Adres	
Nr rachunku bankowego	

Proszę o zwrot kosztów poniesionych za badania lekarskie poniesione przeze mnie:

1	Faktura/ rachunek nr		kwota	
2	Faktura/ rachunek nr		kwota	
3	Faktura/ rachunek nr		kwota	
			KWOTA RAZEM:	

Proszę o przekazanie powyższej kwoty na mój rachunek bankowy.
Załączam faktury/ rachunki potwierdzające poniesione wydatki.

_____
Podpis Uczestnika

Dokument dotyczy projektu Wielkopolska Akademia Kształcenia nr POWR.01.02.01-30-0138/15, który jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Osi priorytetowej I. Osoby młode na rynku pracy, Działania 1.2 Wsparcie osób młodych pozostających bez pracy na regionalnym rynku pracy, Poddziałania 1.2.1 Wsparcie udzielane z Europejskiego Funduszu Społecznego Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

Organizatorem stażu jest PARTNER projektu:
SAWINET Sp. z o.o. z siedzibą w Starym Sączu, ul. Kwiatowa 6, 33-340 Stary Sącz, NIP: 5213530581, REGON: 141875893, KRS: 0000330904.