



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 3

**WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU UCZESTNIKA NA ZAJĘCIA
W RAMACH PROJEKTU NOWE KWALIFIKACJE I UPRAWNIENIA PODSTAWĄ
DO POPRAWY USŁUG MEDYCZNYCH w POLSCE NR POWR.05.04.00-00-0026/15
WSPÓLFINANSOWANEGO ZE ŚRODKÓW UNII EUROPEJSKIEJ**

OŚWIADCZENIE OSOBY UŻYCZAJĄCEJ POJAZD

Ja niżej podpisany/a legitymujący/a się dowodem osobistym nr wydanym przez użyczyłem/am mojego samochodu marki o numerze rejestracyjnym Panu/i
w dniach: (proszę wypisać wszystkie dni użyczenia pojazdu).....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(czytelny podpis)