



**WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU
w ramach projektu Odkryj swój potencjał!**

Imię i nazwisko Beneficjenta Ostatecznego

Numer rachunku bankowego:

Nazwa formy wsparcia¹:

Zadanie 2 Indywidualne poradnictwo psychologiczne

Zwracam się z wnioskiem o zwrot kosztów dojazdu na zajęcia:

w wysokości _____zł za jeden dzień udziału we wsparciu

Zwrot kosztów dojazdu wypłacany jest tylko za te dni, których obecność na zajęciach została poświadczona podpisem Beneficjenta ostatecznego na liście obecności.

.....
podpis Beneficjenta Ostatecznego

¹ Proszę zaznaczyć właściwe