ZAŁĄCZNIK NR 5

…… …..…….....
(imię, nazwisko) (data)

……
(adres)

……
(numer telefonu)

Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą
ul. Prof. Jana Rudnika 3b
34-700 Rabka-Zdrój

Wniosek o zwrot kosztów przejazdu

Zwracam się z prośbą o zwrot kosztów związanych z przejazdem na leczenie/rehabilitację/pobyt klimatyczny*.

Proszę o zwrot na podstawie:

☐ *liczby przejechanych kilometrów wykazanych w poniższym zestawieniu*

Lp.	Data wyjazdu	Cel wyjazdu	Opis trasy wyjazdu (skąd - dokąd)	Liczba faktycznie przejechanych kilometrów	Pojemność silnika
1.					
2.					
3.					
4.					

☐ *załączonych biletów autostradowych w liczbie .....* szt.

☐ *załączonych biletów za parking w liczbie ..... szt.*

☐ załączonych *biletów PKP/PKS w liczbie ..... szt.*

Wnioskuje o przekazanie zwrotu na poniżej podany numer konta bankowego:

Jednocześnie oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

*) zaznacz właściwe

…….

(podpis)