Załącznik nr 4 do Regulaminu

 z dnia 17 grudnia 2020 r.

Imię i nazwisko Podopiecznego …....................................

Adres zamieszkania ….....................................................

 **Zarząd Stowarzyszenia Dobroczynnego**  **"Res Sacra Miser"**

Na podstawie porozumienia nr …............................... z dn …............................... zawartego ze Stowarzyszeniem oraz Regulaminu udzielania pomocy społecznej na cele leczenia i rehabilitacji Podopiecznym Stowarzyszenia Dobroczynnego „Res Sacra Miser” w związku z dojazdami na świadczenia medyczne wnoszę o zwrot kosztów przejazdu/kosztów pobytu w hotelu w dniach …..................................................................... Informuję, iż podróż odbyliśmy prywatnym samochodem/transportem publicznym.

**ROZLICZENIE PODRÓŻY SAMOCHODEM**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Skąd-dokąd** | **Ilość kilometrów** | **Stawka za 1km** | **Łącznie** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | **---------------------------** |  |  |  |

Słownie: …..............................................................................................................................................

Oświadczam, iż samochód którym podróżowaliśmy o numerze rejestracyjnym …........................, marki …....................... posiada pojemność skokową silnika …...............................

 .........................................................

 (Podpis Podopiecznego/osoby

 reprezentującej Podopiecznego)

**ROZLICZENIE PODRÓŻY ŚRODKAMI KOMUNIKACJI PUBLICZNEJ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Skąd-dokąd** | **Cena biletu** | **Ilość biletów** | **Łącznie** |
|  |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |
| **RAZEM** | --------------------  |   |   |   |

 .........................................................

 (Podpis Podopiecznego/osoby

 reprezentującej Podopiecznego)

Do niniejszego rozliczenia dołączam oryginały …...... szt. biletów.

 Dodatkowo wnoszę o zwrot kosztów noclegu w kwocie: …........................................................
Z noclegu korzystały następujące osoby: ….............................................................................................

W załączeniu przedstawiam fakturę potwierdzającą uiszczenie kosztów noclegu.

**Łączna kwota środków do refundacji: …...................................................... zł,**

**słownie: .........................................................................................................................................**

**Numer rachunku bankowego, na który należy dokonać zwrotu:**

**…...................................................................................................................................................**

 ………………………………………………. .........................................................

 (miejsce, data) (Podpis Podopiecznego/osoby

 reprezentującej Podopiecznego)