**Wniosek**

**o zwrot kosztów badań lekarskich
 poniesionych w czasie udziału w stażu***w ramach projektu „Zintegrowany Program Rozwoju Politechniki Lubelskiej – część druga” nr**POWR.03.05.00-00-Z060/18”
Zadanie 3 poz…………………\**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko stażysty** |  |
| **Adres zamieszkania** |  |
| **Numer umowy stażowej** |  |
| **Miejsce realizacji stażu** |  |
| **Okres realizacji stażu (z umowy stażowej)** |  |

Zwracam się z prośbą o **zwrot kosztów badań lekarskich** w wysokości ……………\* na podstawie załączonych dokumentów ………………………………………………………………………………….…..\*\*

Zwrot środków pieniężnych na rachunek bankowy o numerze ………………………………………………..

**Oświadczam, że wyżej wymienione dane są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.**

 ……………………………………………………

 (czytelny podpis Stażysty)

**Uwagi:**

* Wymagane jest dołączenie oryginału dokumentu potwierdzającego zapłatę.
* Numer rachunku bankowego musi być zgodny z numerem podanym w umowie stażowej.

\* Wypełnia osoba z Biura projektu ds. staży przyjmująca wniosek

\*\* Wymienić załączone dokumenty