**Wniosek o zwrot kosztów poniesionych przez Podmiot przyjmujący na staż**

**(badania lekarskie/psychologiczne, szkolenie BHP, wyposażenie stanowiska pracy)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Podmiot przyjmujący na staż** |  |
| **Imię i nazwisko Stażysty/Stażystki** |  |
| **Okres realizacji stażu** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj kosztów i ilość | Rodzaj i numer dokumentu | Data zapłaty | Całkowita wartość w PLN | Wnioskowana kwota refundacji |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  |  |  |
| **Wnioskuję o zwrot poniesionych kosztów w wysokości:** |  |
| **Na rachunek** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 **Oświadczam, że wszystkie przedstawione do rozliczenia koszty dotyczą, wydatków związanych z wyżej wskazanym Stażystą/Stażystką.**........................................................................................
data i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania

Załączniki

1. Dokumenty potwierdzające poniesienie wydatków wraz z potwierdzeniami zapłaty.

|  |
| --- |
| **Wypełnia personel projektu** |
| Wniosek został rozpatrzony pozytywnie | □ TAK□ NIE |
| W ramach refundacji przyznano | □ koszt badań lekarskich/psychologicznych w wysokości ………….zł□ koszt szkolenia BHP w wysokosci…………………zł□ koszty wyposażenia stanowiska pracy w wysokości…………zł[[1]](#footnote-1) |
| Łączna wartość przyznanej refundacji |  zł |
| Podpis personelu projektu |  |

1. Łączna refundacja kosztów szkolenia BHP i wyposażenia stanowiska pracy do kwoty 500 zł. [↑](#footnote-ref-1)