**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)