***Załącznik nr 6 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie***

…………………………………………….

(imię i nazwisko)

…………………………………………… ………………………….

(adres) *jednostka organizacyjna*

…………………………………………….

(tel. kontaktowy)

**WNIOSEK**

**o zwrot części/całości\* kosztów noclegu\*** poniesionych w związku z udziałem   
w szkoleniu organizowanym przez Agencję Badań Medycznych w ramach projektu   
nr **POWR.05.02.00-00-0008/19**  **pn. „Akademia Badań Klinicznych – rozwój kompetencji zespołów badawczych w podmiotach leczniczych świadczących usługi szpitalne oraz lekarzy zatrudnionych w placówkach podstawowej *opieki zdrowotnej”, który jest realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.******05.02.00-00-0008/19-00/3539/2020/133) finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS), Oś priorytetowa V. „Wsparcie dla obszaru zdrowia”, Działanie 5.2 „Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych”*,** w Warszawie w dniach………………………...

Należność proszę wpłacić przelewem na rachunek bankowy nr: ……………………………………………………………………………………………….na podstawie załączonej do wniosku faktury.

**Oświadczenie Wnioskodawcy:**

Oświadczam, że nie rozliczam kosztów noclegu w ramach polecenia wyjazdu służbowego z moim pracodawcą za dzień ww. szkolenia.

………………………………………………………………….

(Data i czytelny podpis składającego wniosek)

Do wniosku załączam:

* oryginał faktury

*\* Refundacja kosztu do wysokości 250 zł*