



**DEKLARACJA KORZYSTANIA ZE ZWROTU KOSZTÓW DOJAZDU
W OKRESIE ROZPOCZĘCIA I ZAKOŃCZENIA UDZIAŁU W PROJEKCIE**
w ramach projektu pn. „„Dzienny Dom Opieki Medycznej w CMP Sp. z o.o.”
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014 – 2020
9 Osi Priorytetowej Region spójny społecznie,
Działania 9.2 Usługi społeczne i zdrowotne,
Poddziałania 9.2.1 Usługi społeczne i zdrowotne w regionie
Nr projektu RPMP.09.02.01-12-0006/18

| | |
|--|--|
| DANE OSOBOWE | |
| Imię | |
| Nazwisko | |
| PESEL | |
| Deklaruję chęć korzystania ze zwrotu kosztów dojazdu w ramach projektu <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | |
| Data i czytelny podpis | |