**OŚWIADCZENIE DO ZWROTU KOSZTÓW DOJAZDU**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię:**  | **adres:** |
| **Nazwisko:** | **kod, miasto:** |
| **PESEL:**  | **powiat:** |
| **e-mail:** | **telefon:** |
|  |  |

Proszę o zwrot kosztów dojazdu na badanie kolonoskopowe[[1]](#footnote-2) do SP ZOZ w Rawie

Mazowieckiej ul. Warszawska 14 z miejsca zamieszkania ……………………………

Badanie odbyło się w dniu ………………………………………………

1. Na dowód poniesionych kosztów załączam: bilet, paragon, fakturę.[[2]](#footnote-3)
2. Na badanie dojechałam – em własnym transportem, cena biletu II klasy

transportu publicznego w obydwie strony wynosi ………………………..

**Zwrot kosztów dojazdu proszę dokonać na konto bankowe:**

**Właściciel konta: ……………………………………………………………….**

**Nazwa banku: ………………………………………………………………………..**

**Numer konta: …………………………………………………………………………….**

 ………………………………………………………………………

 Data i Podpis pacjenta

1. Zwrot kosztów dojazdu nie może być wyższy niż cena biletu za transport publiczny II klasy. [↑](#footnote-ref-2)
2. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-3)