

załącznik nr 1.1 do Regulaminu zwrotu kosztów uczestnikom eksperymentu medycznego, w tym badania klinicznego, stanowiącego załącznik nr 1 do Zarządzenia 6/2025 Rektora UMB z dnia 17.01.2025 r.

Wniosek o zwrot kosztów udziału w wizycie dla osób uczestniczących w eksperymencie medycznym:

pn.:

nr

UWAGA! Prosimy o staranne wypełnienie wniosku i pozostawienie go wraz z załącznikami w dniu wizyty

Refundacja kosztów nie może przekraczać zł za wizytę

Oświadczam, że poniosłam/em koszty związane z udziałem w wizycie w ramach eksperymentu medycznego.

Imię i nazwisko: ...

PESEL: ...

Adres zamieszkania: ...

Numer i data wizyty: ...

Przejazd w obie strony na trasie z:

ul., **kod, miejscowość**

do

ul., **kod, miejscowość**

Rodzaj kosztu:

samochód osobowy, ilość km w dwie strony:

Pojemność silnika¹: do 900 cm³ – 0,89 zł / pow. 900 cm³ – 1,15 zł

środek komunikacji publicznej; kwota biletu w obie strony:

inne:

¹ Niewłaściwe skreślić

Do wniosku załączam:

- bilety komunikacji publicznej,
- fakturę za nocleg,
- fakturę za inne koszty (proszę wpisać nr faktury oraz rodzaj rozliczanego kosztu)

.....
.....

Proszę o przekazanie należnej kwoty za przejazd na moje konto bankowe:

Nazwa banku:

Numer konta:

Data i czytelny podpis uczestnika:

Potwierdzam udział w wizycie:

Data i podpis Głównego Badacza/ osoby delegowanej przez Głównego Badacza: