**Załącznik nr 9 do Regulaminu współpracy z Ekspertami zewnętrznymi Agencji Badań Medycznych**

**Wniosek o zwrot kosztów podróży/noclegu**

…………………………………………….

 (imię i nazwisko)

 **Dział Finansowo-Księgowy**

…………………………………………… **Agencji Badań Medycznych**

 (adres)

…………………………………………….

 (tel. kontaktowy)

Wnioskuję o zwrot kosztów podróży/noclegów (\*) poniesionych w związku z Posiedzeniem Zespołu Oceny Wniosków:

1. **Koszty biletu:** (\*)

Trasa przejazdu: ………………………………………………………………………………..

Środek lokomocji\*\*: ……………………..…….

Kwota do refundacji: ………………………….złotych

1. **Koszty użytkowania samochodu prywatnego:** (\*)

Używałem/am pojazdu prywatnego, którego jestem właścicielem, marki: ………………………….…, o numerze rejestracyjnym: …………………………
i o pojemności silnika: ……………………………………..

Oświadczam, że odległość z …………………………………………………………………… do …………………., ul…………………, na najkrótszej trasie według mapy Google Maps wynosi:………..……..km.

Łączna długość trasy w obie strony wynosi: ………………………km.

Kwota do refundacji: ………………………….złotych

1. **Koszty noclegu**: (\*)

W dniach ………………………………. zgodnie z fakturą nr ………………………………….

Kwota do refundacji: ………………………….złotych

**Łączna kwota do refundacji: ………………………….. złotych**

Należność proszę wpłacić na podstawie załączonego do wniosku oryginału biletu/faktury\* przelewem na rachunek bankowy nr: …………………………………………………………………………………

………………………………………………………………….

 (Data i czytelny podpis składającego wniosek)

(\*) – niepotrzebne skreślić

(\*\*) refundacja kosztu biletu autokarowego, autobusowego, busa, statku (promu) w klasie ekonomicznej, biletu kolejowego w II klasie, biletu samolotowego w klasie ekonomicznej

Do wniosku załączam: (\*)

Bilet, karty pokładowe, fakturę wraz z dowodem zapłaty