Załącznik nr 7

Toruń, dnia .............................

(Nazwa Firmy)

………………………………………

(Imię i nazwisko właściciela)

............................................................

(Nip)

………………………………………

(REGON)

**Powiatowy Urząd Pracy**

**dla Miasta Torunia**

**ul. Mazowiecka 49A**

**87-100 Toruń**

**Wniosek**

**o dokonanie refundacji kosztów badań lekarskich stażystki**

**w ramach projektu**

**8.2.1 „Aktywna Kobieta”**

Na podstawie Umowy Trójstronnej nr /2019 zawartej w dniu …………………………… dotyczącej zorganizowania stażu w ramach projektu „Aktywna Kobieta” zwracam się z wnioskiem o dokonanie zwrotu kosztów badań stanowiskowych stażystki:

Imię nazwisko:…………………………………………………………………………………..

Pesel:…………………………………………………………………………………………….

Przyjętej na staż na stanowisku:…………………………………

Koszt badań lekarskich wynosił:………………………………...

……………………………….

Podpis

Przyznaną kwotę refundacji proszę przelać na nr. Konta:

…………………………………………………………………………………………………

Załączniki:

1. Kopia F-ry za badania lekarskie;
2. Kopia badań lekarskich stażystki
3. Potwierdzenie zapłaty