**Załącznik nr 2 do umowy nr………………**

**(wypełnia Badacz)**

Nazwa badania: *Randomizowane, kontrolowane, podwójnie zaślepione badanie kliniczne oceniające wpływ leczenia metforminą na funkcję endometrium u kobiet z rozpoznaną idiopatyczną niepłodnością*, o skróconej nazwie METIN

Protokół badania nr:

Nazwa Ośrodka:

Imię i nazwisko Uczestnika badania:

Nr identyfikacyjny Uczestnika badania:

Nr wizyty:

Data wizyty:

 ………………………..

(podpis Badacza)

**Wniosek o zwrot kosztów dojazdu i Oświadczenie Uczestnika badania**

Oświadczam, iż w związku z udziałem w projekcie pn.:

*Randomizowane, kontrolowane, podwójnie zaślepione badanie kliniczne oceniające wpływ leczenia metforminą na funkcję endometrium u kobiet z rozpoznaną idiopatyczną niepłodnością*, o skróconej nazwie METIN, odbyłam/em podróż (właściwe podkreślić)

1. transportem publicznym
2. samochodem prywatnym

Oświadczam, że (właściwe podkreślić):

1. dołączam fakturę imienną/bilet za środki transportu publicznego
2. podróż odbyłam/em samochodem marki ……………….. o pojemności ……………… i przejechałam/em ………… km

Zostałam/em poinformowana/y, że przysługuje mi kwota tytułem zwrotu kosztów dojazdu wynikająca z przedłożonych dokumentów nie wyższa niż 40 zł.

Zwrotu proszę dokonać na prywatny numer rachunku bankowego:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Numer rachunku bankowego: …….………………………………………………………….…

…………………………..

(Podpis uczestnika)