Zał. nr 7 do Uchwały nr 3/2020 z dnia 16.01.2020r.

Białystok, dnia .....

Wniosek o wypłatę zaliczki

Nr wniosku wyjazdowego_____

Osoba delegowana:_____

1. Proszę o wypłatę środków na pokrycie:

Rodzaj świadczenia	**Zaznaczyć** *(wypełnia delegowany)*	**Wysokość świadczenia oraz rodzaj waluty** *(wpisuje odpowiednia komórka merytoryczna)*
Przejazd	**TAK/NIE**	
Noclegi[1]	**TAK/NIE**	
Diety[1]	**TAK/NIE**[2]	pobytowe:
Diety[1]	**TAK/NIE**[2]	dojazdowe:
Inne		

2. Proszę przygotować odbiór świadczeń w Kasie na dzień:

(wypełnia właściwa komórka merytoryczna -nie wcześniej niż 10 dni przed datą planowanego wydatku) .....

[1] wg obowiązujących limitów

[2] W przypadku rezygnacji z wypłaty przysługujących diet - OSOBA DELEGOWANA w rubryce „Wysokość *świadczenia"* podpisuje oświadczenie o zrzeczeniu się do w/w wypłaty.

3. **Data planowanego wydatku, którego dotyczy niniejszy wniosek o wypłatę zaliczki.**

Pieczątka i podpis delegowanego: .....

4. **Wniosek o zaliczkę**

Treść wniosku	**Informacja o wypłaceniu**	**Potwierdzenie otrzymania zaliczki**
Proszę o wypłacenie zaliczki: - w walucie obcej..... - w walucie polskiej..... podpis Delegowanego: ..... Zatwierdzono do wypłaty: - w walucie obcej..... - w walucie polskiej..... ..... *Data i podpis zatwierdzających*	**Wypłacono (*data i podpis kasjera)***	Zaliczkę w walucie obcej..... i złotych..... otrzymałam(-em) i zobowiązuję się rozliczyć w terminie 14 dni po zakończeniu podróży. Upoważniam jednocześnie Uniwersytet Medyczny do potrącenia kwoty nie rozliczonej zaliczki z najbliższej wypłaty wynagrodzenia. **data i podpis delegowanego:**.....