Załącznik nr 1

**do** „zarządzenia nr 1/XVI R/2024

Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

z dnia 3 stycznia 2024 r.

…………………………

data wpływu do RU-M UMWZLECENIE OPERACJI BANKOWEJ

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko Zleceniodawcy** |  | | | | | | |
| **Telefon kontaktowy** |  | | | | | | |
| **Kraj i termin wyjazdu** |  | | | | | | |
| **Waluta** |  | | | | Kwota | |  |
| **Sposób płatności (skreślić niewłaściwe)** | | | KARTĄ PŁATNICZĄ  (tylko w przypadku niemożności dokonania przelewu) | | | PRZELEWEM | |
| **Nazwa i adres beneficjenta** | |  | | | | | |
| **Szczegóły banku beneficjenta** | | Nazwa | |  | | | |
| **Adres** | |  | | | |
| **SWIFT** | |  | | | |
| **IBAN** | |  | | | |
| **Szczegóły płatności**  **i opis transakcji:** | |  | | | | | |
| **Źródło finansowania:** | |  | | | | | |
| **Termin płatności:** | |  | | | | | |

**Zobowiązuję się do rozliczenia niniejszej płatności dokumentem spełniającym wymogi ustawy o rachunkowości i ustawy o podatku od towarów i usług, w ciągu miesiąca od powrotu lub w terminie wcześniejszym, jeżeli wymagają tego zasady określone dla źródła finansowania. W przypadku gdy uzyskanie dokumentu spełniającego powyżej wskazane wymogi będzie niemożliwe i zostanie to udokumentowane, zobowiązuję się do rozliczenia niniejszej płatności innym dokumentem.**

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

*(podpis Zleceniodawcy)*