Załącznik

do zarządzenia nr 103/XV R/2020

Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Z dnia 29 maja 2020 r.

**Rektor/Kanclerz\***

**Uniwersytetu Medycznego**

**we Wrocławiu**

 Wrocław, dnia ...............................

**WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW WYJAZDU SŁUŻBOWEGO**

1. Dane członka Rady Uczelni Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu:

Nazwisko: ……………………………………... Imię: ………………………………………

Tytuł zawodowy/stopień naukowy/tytuł naukowy ……………………………...

Kadencja Rady Uczelni od …………………….……… do ………………………….………

2. Cel podróży ………………………………………………………………………………………

 ……………………………………………………………………………………………………

 ……………………………………………………………………………………………………

 ……………………………………………………………………………………………………

 ……………………………………………………………………………………………………

 Data wyjazdu ……………………………….

 Data powrotu ……………………………….

 Nocleg TAK/NIE\*

 W przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK, proszę wskazać liczbę noclegów ……………….

 Koszt noclegów ……… (słownie:……………………………………………………………...)

Inne uzasadnione wydatki (proszę wskazać jakie):…………………………………………… …………………………………………………………………………………………………

 w kwocie………………… (słownie:……………………………………………………………)

3. Środek transportu:

 PKP I klasa/ PKP II klasa/ linie autobusowe/ samochód/ inne …………………………….\*

4. Tabela wypełniana w przypadku podróży środkiem transportu innym niż samochód:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data | Godzina | Miejscowość | Data  | Godzina  | Miejscowość | Środek transportu | Koszt przejazdu |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 Razem:

5. Tabela wypełniana w przypadku podróży samochodem niebędącym własnością Uczelni:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data | Godzina | Miejscowość | Data  | Godzina  | Miejscowość  | Liczba km | Stawka | Udokumentowane wydatki na paliwo, przejazdy autostradą itp. | Koszt przejazdu |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 Razem:

6. Łączny koszt podróży, noclegów i innych uzasadnionych wydatków:

……….………… (słownie:…………………………………………………………………....)

………………………………………………………………………

 (data i podpis Wnioskodawcy)

|  |  |
| --- | --- |
|  AKCEPTACJA KWETSORA: …………………………………………….. (data, pieczęć i podpis Kwestora) |   |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DECYZJA REKTORA/KANCLERZA*\****

□ Brak zgody na zwrot kosztów

□ Zgoda na zwrot kosztów w kwocie ……………..

……………………………………….

(data, pieczęć i podpis Rektora/Kanclerza\*)

Załączniki:

…………………………………..

…………………………………..

…………………………………..

…………………………………..

…………………………………..

\*niepotrzebne skreślić