

Białystok, dnia

.....
pieczętka jednostki organizacyjnej UMB)**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 (wypełnia Dział Nauki i Współpracy Międzynarodowej)
Przejazd	TAK/NIE	
Noclegi ¹⁾	TAK/NIE	
Diety ¹⁾	TAK/NIE*	pobytowe:
	TAK/NIE*	dojazdowe:
Inne		

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

¹⁾ wg limitów określonych w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 29.01.2013r. w sprawie należności przysługujących pracownikowi zatrudnionemu w państwowej lub samorządowej jednostce sfery budżetowej z tytułu podróży służbowej .

2. Proszę przygotować odbiór świadczeń w Kasie na dzień:.....
(wypełnia Delegowany) (nie wcześniej niż 7 dni przed planowanym wyjazdem)

.....
pieczętka i podpis delegowanego

3. Potwierdzenie limitu finansowego
(wypełnia Dział Nauki i Współpracy Międzynarodowej)

Wniosek o zaliczkę	Proszę o wypłacenie zaliczki: - w walucie obcej..... - w walucie polskiej..... na pokrycie wydatków związanych z wnioskiem na wyjazd zagraniczny	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 nierozliczonej zaliczki z najbliższej wypłaty wynagrodzenia.
	Zatwierdzono do wypłaty: - w walucie obcej..... - w walucie polskiej..... Data i podpis zatwierdzającego	 data i podpis delegowanego