

WNIOSEK

o zwrot refundację kosztów zakupu okularów korygujących wzrok lub szkieł kontaktowych¹, stosowanych podczas pracy przy monitorze ekranowym co najmniej przez połowę dobowego wymiaru czasu pracy

okulary korygujące wzrok

☐

szkła kontaktowe

☐

A. DANE PRACOWNIKA/WNIOSKODAWCY

Imię _____ Nazwisko _____

Jednostka organizacyjna UZ _____

Do wniosku załączam:

1. Kopię zaświadczenia/orzeczenia lekarskiego stwierdzającego zdolność do wykonywania pracy na określonym stanowisku oraz potrzebę stosowania okularów korygujących wzrok lub szkieł kontaktowych podczas pracy przy monitorze ekranowym.
2. Dowód zakupu okularów korygujących wzrok lub szkieł kontaktowych

numer _____ z dnia _____

Oświadczam, że nie korzystałam/em ze zwrotu kosztów zakupu okularów korygujących wzrok lub szkieł kontaktowych w okresie aktualnego zaświadczenia/orzeczenia lekarskiego stwierdzającego zdolność do wykonywania pracy.

(data)

(podpis pracownika/wnioskodawcy)

B. OŚWIADCZENIE BEZPOŚREDNIEGO PRZEŁOŻONEGO

Potwierdzam, że pracownik/wnioskodawca użytkuje w czasie pracy monitor ekranowy co najmniej przez połowę dobowego wymiaru czasu pracy, tj. co najmniej 4 godziny dziennie.

(pieczęć jednostki zatrudniającej pracownika)

(data)

(podpis i pieczęć przełożonego)

C. WERYFIKACJA WNIOSKU POD WZGLĘDEM MERYTORYCZNYM – DZIAŁ BHP

Potwierdzam, że pracownik/wnioskodawca spełnia warunki do otrzymania zwrotu kosztów zakupu okularów korygujących wzrok lub szkieł kontaktowych.

Zatwierdzam zwrot kosztów zakupu okularów korygujących wzrok lub szkieł kontaktowych w kwocie : **250,00 zł**,

które zostaną pokryte z limitu środków MPK, źródło finansowania **550-O/500-07-00-00-011-60**

numer zamówienia : _____

(data)

(podpis i pieczęć dysponenta środków)

D. ROZLICZENIE ZWROTU – SPRAWDZONO POD WZGLĘDEM FORMALNO – RACHUNKOWYM – KWESTURA

Wysokość zwrotu kosztów zakupu okularów lub szkieł kontaktowych wynosi: **250,00 zł**

słownie : **Dwieście pięćdziesiąt złotych 00/100**

(data)

(podpis i pieczęć pracownika Działu Finansów)

¹ Proszę zaznaczyć odpowiedni kwadrat.

E. ZATWIERDZONO DO WYPŁATY

KWESTOR

KANCLERZ

..... (data)	 (podpis i pieczęćka)	 (data)	 (podpis i pieczęćka)
-----------------	-------------------------------	-----------------	-------------------------------

DEKRET KSIĘGOWY

550-O/500-07-00-00-011-60-433-04	250,00	234/	
----------------------------------	--------	------	--

UWAGA: PROSZĘ DRUKOWAĆ DWUSTRONNIE