**WNIOSEK**

**o zwrot refundację kosztów zakupu okularów korygujących wzrok lub szkieł kontaktowych[[1]](#footnote-1), stosowanych podczas pracy przy monitorze ekranowym co najmniej przez połowę dobowego wymiaru czasu pracy**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| okulary korygujące wzrok |  |  | szkła kontaktowe |  |

1. **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) |

1. **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 pieczątka przełożonego) |

1. **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 : |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| które zostaną pokryte z limitu środków |  | MPK, źródło finansowania |  |

|  |  |
| --- | --- |
| numer zamówienia : |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  | (data) |  | (podpis i pieczątka dysponenta środków) |

1. **ROZLICZENIE ZWROTU – SPRAWDZONO POD WZGLĘDEM FORMALNO – RACHUNKOWYM – KWESTURA**

|  |  |
| --- | --- |
| Wysokość zwrotu kosztów zakupu okularów lub szkieł kontaktowych wynosi:  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| słownie : |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  | (data) |  | (podpis i pieczątka pracownika Działu Finansów) |

1. **ZATWIERDZONO DO WYPŁATY**

|  |  |
| --- | --- |
| KWESTOR | KANCLERZ |
|  |  |  |  |  |  |  |
| (data) |  | (podpis i pieczątka) |  | (data) |  | (podpis i pieczątka) |

**DEKRET KSIĘGOWY**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

**UWAGA: PROSZĘ DRUKOWAĆ DWUSTRONNIE**

1. Proszę zaznaczyć odpowiedni kwadrat. [↑](#footnote-ref-1)