

Załącznik nr 5 do Uchwały nr 205/VIIP/2017 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 15 marca 2017 r. w sprawie zasad i trybu kompensacji wynagrodzenia przez organy samorządu pielęgniarek i położnych na czas zwolnień od pracy pracownika będącego członkiem organu izby, trybu zwrotu kosztów podróży i innych uzasadnionych wydatków poniesionych przez członka samorządu w związku z wykonywaniem czynności na rzecz izby lub jej organów

OŚWIADCZENIE

ROZLICZENIA KOSZTÓW PODRÓŻY KRAJOWEJ

Imię i nazwisko
(wypełniać czytelnie drukowanymi literami)

Członek (organu, komisji, zespołu itp.)

Oświadczam, iż w związku z odbyciem podróży w celu
poniosłam/poniosłem koszty w następującej wysokości:

RACHUNEK KOSZTÓW PODRÓŻY							
Wyjazd	Data	Godzina wyjazdu	Przyjazd	Data	Godzina przyjazdu	Środek transportu, klasa, rodzaj	Koszt przejazdu
Ryczałt na dojazdy							
Diety							
Noclegi wg rachunków							
Noclegi – ryczałt							
Inne wydatki wg załączników							
Ogółem:							

.....
Data i podpis
zatwierdzającego podróż

.....
Data i podpis
potwierdzającego pobyt

.....
Data i podpis
przedkładającego oświadczenie

Kwituję odbiór kwoty: **(słownie:.....)***

.....
(data)

.....
(podpis)

Proszę o przekazanie kwoty ogółem na konto o numerze:

.....
(data)

.....
(podpis)

*) niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 5 do Uchwały nr 205/VIIP/2017 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 15 marca 2017 r. w sprawie zasad i trybu kompensacji wynagrodzenia przez organy samorządu pielęgniarek i położnych na czas zwolnień od pracy pracownika będącego członkiem organu izby, trybu zwrotu kosztów podróży i innych uzasadnionych wydatków poniesionych przez członka samorządu w związku z wykonywaniem czynności na rzecz izby lub jej organów

OŚWIADCZENIE

O OTRZYMANYM BEZPŁATNYM WYŻYWIENIU

Oświadczam, że podczas podróży korzystałam/łem* z posiłków wg zestawienia:

Lp.	Data	Śniadanie 25 % diety tak / nie **	Obiad 50 % diety tak / nie**	Kolacja 25 % diety tak / nie**

* niepotrzebne skreślić

** wpisać „tak” jeżeli członek samorządu korzystał z bezpłatnego posiłku, „nie” jeżeli nie korzystał z posiłku

.....
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

UWAGI:

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