Załącznik nr 5

do Regulaminu kierowania za granicę pracowników, doktorantów i studentów

Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w celach naukowych, dydaktycznych lub szkoleniowych

****

Łódź, dnia ………………..

**BDWZ/………./20….**

**DZIAŁ WSPÓŁPRACY ZAGRANICZNEJ**

**UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W ŁODZI**

w miejscu

**ROZLICZENIE KOSZTÓW PODRÓŻY ZAGRANICZNEJ**

**Imię i nazwisko osoby wyjeżdżającej:** ……………………………………………………………….

**Rodzaj zatrudnienia:** ………………………………………………………………………………...

**Jednostka organizacyjna:** ……………………………………………………………………………

**Instytucja przyjmująca:** ……………………………………………………...……………………...

**Cel wyjazdu:** ………………………………………………………………………………………….

**Dodatkowe informacje o wyjeździe:** ………………………………………………………………...

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

**Kraj i miasto:** …………………………………………………………………………………………

**Pobyt za granicą trwał ogółem:** ………………., **tj.:** od dnia ………….…….godz. ……….…..….

od dnia ………….……. godz. ……….…..….

1/ Oświadczam, że w czasie delegacji służbowej zapewniono:\*

- śniadania: …………………. = ……………………..

- obiad/lunch: ………………. = ……………………..

- kolacje: …………………… = ……………………..

2/ Oświadczam, że w czasie delegacji służbowej poniosłem:\*\*

* koszty przejazdów z i do dworca (kolejowego, autobusowego, lotniczego, morskiego)
* koszty dojazdu środkami komunikacji miejscowej

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

\* Należy wpisać ilość posiłków.

\*\* Zaznaczyć właściwe.

**Zaliczki wypłacone osobie wyjeżdżającej**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzaj kosztu** | **Pobrana zaliczka (waluta)** | **Rozliczenie zaliczki (waluta)** |
| Diety |  |  |
| Koszt hotelu |  |  |
| Dieta dojazdowa |  |  |
| Wiza |  |  |
| Bilety zakupione za granicą |  |  |
| Inne ………………………… |  |  |
| **Razem** |  |  |

**Zwrot dla osoby wyjeżdżającej w wysokości:** ……………………………………………………...

**Numer konta bankowego osoby wyjeżdżającej:** …………………………………………………...

**Waluta, w jakiej prowadzone jest konto bankowe:** ………………………………………....…….

**Zwrot dla Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w wysokości:** ……………………………..…

**UWAGA! Delegację należy rozliczyć do wysokości pobranych diet.**

**Pozostałe koszty w PLN**

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj kosztu** | **Kwota (PLN)** |
| Bilety krajowe |  |
| Koszt hotelu |  |
| Ewidencja przebiegu pojazdu |  |
| Inne ………………….………. |  |
| **Razem** |  |

**Zwrot dla osoby wyjeżdżającej w wysokości:** …………………………………………………….

**Numer konta bankowego osoby wyjeżdżającej:** ………………………………………………….

**Koszty opłacone przez** **Uniwersytet Medyczny w Łodzi przelewem**

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj kosztu** | **Kwota** |
| Opłata zjazdowa |  |
| Inne ………………………..… |  |

**Informacja o sposobie finansowania:**

Płatne z konta: …………………………………………………………………………………………

Uwagi:

 …...

 …...

 …...

 …...

Załączniki:

* + 1. .........................................
		2. ………………………….
		3. ………………………….

Łódź, dnia .......................................... ....................................................

/podpis osoby składającej rozliczenie/

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Osoba rozliczająca koszty podróży:** | ................................................ (pieczęć imienna i podpis) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sprawdzono pod względem rachunkowym, formalnym i merytorycznym:** | ................................................ (pieczęć imienna i podpis) |