

Załącznik nr 8 do Uchwały nr 310/VII/2018 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 22 marca 2018 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

.....
(miejsowość)

(data)

Pan/i

.....
Prezes/Przewodnicząca

Pan/i

.....
Skarbnik

WNIOSEK

o wyrażenie zgody na pokrycie 100 % kosztów podróży

1) samolotem

2) prywatnym samochodem*

1. Nazwisko i imię:

2. Stanowisko/funkcja:

Podróż odbywać się będzie na trasie
(skąd – dokąd miejscowość)

w terminie w związku z uczestnictwem w

Prośbę swoją motywuję w następujący sposób:

.....
(podpis wnioskodawcy)

.....
(podpis Skarbnika/Sekretarza izby)

.....
(podpis Prezesa/Wiceprezesa
Przewodniczącej/go/Wiceprzewodniczącej/go)

* podkreślić właściwe

Załącznik nr 9 do Uchwały nr 310/VII/2018 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 22 marca 2018 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

EWIDENCJA PRZEBIEGU POJAZDU

Nazwisko i imię			Określenie Izby			
Adres zamieszkania			Adres Izby			
.....			Nr rej. samochodu	Pojemność silnika		
Nr wpisu	Data wyjazdu	Opis trasy (skąd-dokąd)	Cel wyjazdu	Liczba przejechanych km	Wskaźnik określający stawkę za 1 km	Wartość ogółem Liczba km x wskaźnik	Uwagi - podać powód ew. zmiany trasy, - wpisać nazwisko i imię osoby lub osób, z którymi wspólnie odbyto podróż.	
1								
2								
3								
4								
Podsumowanie								
Sprawdzono pod względem rachunkowym: Data:..... Podpis:..... Sprawdzono pod względem merytorycznym: Data:, Podpis:.....		* 100% kosztów - wskaźnik 0,5214- poj. do 900cm ³ - wskaźnik 0,8358 –poj. powyżej 900 cm ³ * 55% kosztów - wskaźnik 0,2868 - poj. do 900cm³ - wskaźnik 0,4597 –poj. powyżej 900 cm³		 (podpis osoby rozliczającej przejazd)		Zatwierdzono do wypłaty: Data:..... Skarbnik/Sekretarz Prezes /Wiceprezes Przewodnicząca/y Wiceprzewodnicząca/y	

Załącznik nr 5 do Uchwały nr 310/VII/2018 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 22 marca 2018 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