|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pieczęć jednostki organizacyjnej | Rodzaj podróży:  **służbowa** - zwrot wydatków zgodnie z przepisami;  **podnoszenie kwalifikacji zawodowych** - zwrot kosztów określonych przez pracodawcę lub na zasadach jak dla podróży służbowych. W przypadku gdy całkowity, faktyczny koszt podróży przekracza kwoty dofinansowania, zwrotu wydatków dokonuje się do wysokości szacowanych kosztów;  **inna** - m.in. na zaproszenie, udział w obronach prac, recenzenci, realizacja prac naukowo-badawczych, zleconych, refundacja kosztów (m. in. udział w postępowaniu o nadanie stopni i tytułów, obrona pracy) - zgodnie z zawartymi umowami lub w wysokości ustalonej przez pracodawcę. | | | | |
| Imię i nazwisko | |  | | | |
| Stanowisko służbowe | |  | | | |
| Kontakt (e-mail, tel. służbowy) | |  | | | |
| Wyjazd: (miejscowość rozpoczęcia/miejscowość docelowa, kraj/miejscowość zakończenia podróży) | |  | | | |
| na czas | |  | | | |
| w celu:  (wyraźne określenie celu podróży – uzasadnienie) | |  | | | |
| Środek lokomocji (rodzaj, klasa) | |  | | | |
| \*\*Oświadczam, że  dysponuję samochodem osobowym marki ……………………………………………………………………… nr rejestracyjny …………………………………………… pojemność silnika …………………….. cm3  Przyjmuję do wiadomości, że pracodawca nie ponosi odpowiedzialności za uszkodzenia pojazdu prywatnego (także w przypadku, gdy uszkodzenie powstało w czasie używania pojazdu do celów służbowych), nie ponosi kosztów napraw bieżących, głównych i powypadkowych i nie odpowiada za szkody spowodowane przez Pracownika w związku z używaniem przez Niego pojazdu prywatnego.\*\* | | | | | Dział Spraw Personalnych  Pracownik posiada aktualne orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdem󠆖\*\*  tak  nie  ……………..........................  data i podpis |
| Szacunkowy koszt  (w złotych) | |  | | Waluta inna niż PLN: | w złotych |
| diety krajowe | |  |  |
| diety pobytowe (za granicą) | |  |  |
| dieta dojazdowa | |  |  |
| przejazdy | |  |  |
| ryczałt na dojazdy | |  |  |
| noclegi | |  |  |
| opłata konferencyjna | |  |  |
| inne ……………………………… | |  |  |
| *Razem: …………. PLN* | | | | |  |
| Wnioskuję o wypłatę zaliczki w wysokości\*\*\* …………………………………............................…………………………………………… | | | | | |
| Zobowiązuję się do rozliczenia kosztów wyjazdu w terminie 14 dni od dnia zakończenia podróży | | | | | |
| Białystok, dnia ......................................... | | | .......................................................... podpis Pracownika | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| wypełnia pracownik  Źródło finansowania: .…………………………  ………….………………………………………….  Nr wniosku o zakup: ……………..……………  Tryb zamówienia: ............................................ | Bezpośredni przełożony \*\*\*\*  …………......................... data i podpis | Kierownik jednostki  ………………………………  data i podpis |
| Dział Spraw Personalnych  Zarejestrowano  ……………..........................  data i podpis | Pod względem merytorycznym (dysponent środków)  ............................................................  data i podpis | Wyrażam zgodę na wyjazd \*\*\*\*  ..............................................................  data i podpis |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STWIERDZENIE POBYTU SŁUŻBOWEGO** (pieczęć Instytucji lub potwierdzenie przez bezpośredniego przełożonego lub kierownika pracy/projektu) | | | | | | **Biblioteka**: (potwierdzenie przekazania materiałów konferencyjnych) | | |
| W Y J A Z D | | | P R Z Y J A Z D | | | Środki lokomocji | | Koszty przejazdu |
| miejscowość | data | godz. | miejscowość | data | godz. | zł i gr |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |
| EWIDENCJA PRZEBIEGU POJAZDU\*\* | | | | | | | | |
| miejscowość | data | godz. | miejscowość | data | godz. | Liczba faktycznie przejechanych kilometrów | Stawka za 1 kilometr przebiegu | Koszt przejazdu |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ***Razem*** | | | | | |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kontrola merytoryczna**  oraz potwierdzenie wykonanie polecenia wyjazdu  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  data podpis | Kontrola formalno-rachunkowa  . . . . . . . . . . . . . . ……… . .  data podpis | 1. Przejazdy | |  |
| 1. Ryczałty na dojazdy | |  |
| 1. Diety z uwzględnieniem zapewnionego wyżywienia | |  |
| zapewniono śniadanie (w tym hotelowe) | | tak\* x ……../ nie\* |
| zapewniono obiad | | tak\* x ……. / nie\* |
| zapewniono kolację | | tak\* x ……/ nie\* |
| 1. Noclegi – wg faktury   - wg ryczałtu | |  |
| 1. Inne wydatki wg załączników ………………………..……………………..   ………………………………………………. | |  |
| **ZATWIERDZONO NA KWOTĘ**  słownie: ………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………….  …………………………….  data  ……………………………………. ……………………………….  Kwestor Kanclerz | | **Ogółem koszty podróży** (suma poz. 1-5)  **słownie**: ……………………………………………………  ……………………………………………………………… | |  |
| ***Rozliczenie do kwoty*** *(dotyczy podnoszenia kwalifikacji)* | |  |
| ***Pobrano zaliczkę*** | |  |
| ***Do wypłaty / do zwrotu\**** | |  |
| Załączam  ……………  dowodów | Niniejsze rozliczenie przedkładam:  ………………………. …………...………………  data podpis wyjeżdżającego | |
| **Dział Zamówień Publicznych** (potwierdzenie trybu zam. publ.)  ………………………………  data i podpis | | Inne adnotacje: (np. Dział Nauki, Biuro ds. Współpracy Międzynarodowej, Biuro ds. Rozwoju Programów Międzynarodowych) | | |