|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pieczęć jednostki organizacyjnej | Rodzaj podróży:  **służbowa** - zwrot wydatków zgodnie z przepisami;  X **podnoszenie kwalifikacji zawodowych** - zwrot kosztów określonych przez pracodawcę lub na zasadach jak dla podróży służbowych. W przypadku gdy faktyczne, poniesione rodzaje kosztów podróży przekraczają zaplanowane rodzajowo koszty, zwrotu wydatków dokonuje się do łącznej wysokości szacunkowych kosztów (pozycja „Razem”);  **inna** – podróż zleceniobiorców oraz wyjazd, gdzie koszty podróży refundowane będą przez inne podmioty. | | | | |
| Imię i nazwisko | |  | | | |
| Stanowisko służbowe | |  | | | |
| Kontakt (e-mail, tel. służbowy) | |  | | | |
| Wyjazd: (miejscowość rozpoczęcia/miejscowość docelowa (kraj) /miejscowość zakończenia podróży) | | ………………./………………………/ | | | |
| na czas | | od ……………. do ……………. | | | |
| w celu: wyraźne określenie celu podróży m.in. nazwa instytucji– uzasadnienie | | Prowadzenie zajęć dydaktycznych (STA), realizacja zadań Programu Erasmus+, nawiązanie współpracy naukowej, promowanie oferty edukacyjnej PB, | | | |
| 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 |
| Szacunkowe koszty | | Rodzaje kosztów: | | Waluta obca EUR | PLN |
| diety krajowe | | ------------------- | -------------------------------------------- |
| diety pobytowe (za granicą) | | -------------------- | ------------------------------------------- |
| dieta dojazdowa | | ------------------- | ------------------------------------------- |
| przejazdy | | ------------------- | ------------------------------------------- |
| Podróż :*ryczałt na podróż* | |  | ………………………………………. |
| noclegi | | -------------------- | -------------------------------------------- |
| opłata konferencyjna | | ------------------- | --------------------------------------------- |
| inne : *stypendium* | |  | --------------------------------------------- |
| *Razem: ………. Euro* | | | | |  |
| Wnioskuję o wypłatę zaliczki w wysokości\*\*\* …………………………………............................…………………………………………… | | | | | |
| Zobowiązuję się do rozliczenia kosztów wyjazdu w terminie 14 dni od dnia zakończenia podróży | | | | | |
| Białystok, dnia ......................................... | | | *Zapoznałem/ Zapoznałam się z obowiązującymi wytycznymi w związku z wyjazdami w ramach Programu Erasmus+ KA 103*  .......................................................... podpis Pracownika | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| wypełnia pracownik  Źródło finansowania: środki Programu Erasmus+ KA 103 | Bezpośredni przełożony \*\*\*\*  …………......................... data i podpis | Kierownik jednostki  ………………………………  data i podpis | Koordynator wydziałowy  ………………………………  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\*\*** | | | | | | | | | |
| **Adres zamieszkania osoby używającej pojazd:** | | | | | | | | | |
| Nr  kolejny  wpisu | miejscowość | data | godz. | miejscowość | data | godz. | Liczba faktycznie przejechanych kilometrów | Stawka za 1 kilometr przebiegu | Koszt przejazdu |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Razem*** | | | | | | |  |  |

**ROZLICZENIE PODRÓZY NA TERENIE KRAJU**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pod względem merytorycznym** **(dysponent środków)**  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  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 | |
| Inne adnotacje: (np. Dział Nauki, Biuro ds. Współpracy Międzynarodowej, Biuro ds. Rozwoju i Programów Międzynarodowych) | |  | | |

**WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU PODRÓŻY ZAGRANICZNEJ**

|  |
| --- |
| Data i godzina przekroczenia granicy (wyjazd z Polski):…………………………………………………………………………………………….  Data i godzina przekroczenia granicy (wjazd do Polski):……………………………………………………………………………………........... |