

WNIOSEK O WYPŁATĘ ZALICZKI

Dla:

Imię i nazwisko:

Nr dowodu osobistego nr telefonu.....

Jednostka organizacyjna.....

na dofinansowanie kosztów obozu naukowego, który odbędzie się w

w okresie

Kwota zaliczki..... słownie (.....)

Nr rachunku bankowego

Bank

.....
Data i podpis wnioskodawcy

Potwierdzenie środków

Data i podpis uprawnionego pracownika

Sprawdzono pod względem
formalno-rachunkowym

Zatwierdzono do wypłaty
Kwestor

Kancelerz

.....
Data i podpis

.....
Data i podpis

.....
Data i podpis

Powyższą zaliczkę zobowiązuję się rozliczyć w terminie do dnia,
Upoważniając równocześnie Warszawski Uniwersytet Medyczny do potrącenia kwoty nie rozliczonej
w terminie zaliczki z najbliższych wypłat wynagrodzenia. Upoważnienie innych osób do pobrania lub
wydatkowania zaliczki nie zwalnia zaliczkobiorcy od odpowiedzialności za jej prawidłowe rozliczenie
lub zwrot.

.....
data i podpis zaliczkobiorcy – pracownika Uczelni