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 Data i podpis Data i podpis

**zatwierdzającego podróż potwierdzającego pobyt przedkładającego oświadczenie**

**Kwituję odbiór kwoty:**………………… **(słownie**:…………………………………………………………)\*

 ………………………… ……………………...

 *(data) (podpis)*

**Proszę o przekazanie kwoty ogółem na konto o numerze:** …………………………………………………………………………………………………………..…………)\*

 ………………………… ……………………...

 *(data) (podpis)*

\*) niepotrzebne skreślić

**Strona 1 z 2**