# **WNIOSEK O WYPŁATĘ ZALICZKI**

Imię i nazwisko

Telefon  Email

Stanowisko służbowe

Jednostka organizacyjna

**FORMA ZALICZKI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | PRZELEW | Nazwa banku:   Nr konta: |
|  | AUTOWYPŁATA | Pesel: |

**KWOTA ZALICZKI**

KWOTA , WALUTA

SŁOWNIE

**PRZEDMIOT ZALICZKI**

**ZOBOWIĄZANIE ZALICZKOBIORCY**

Powyższą zaliczkę zobowiązuję się rozliczyć w terminie 3 dni od dnia zrealizowania przedmiotu zaliczki. Kwotę do zwrotu zobowiązuję się przekazać na konto bankowe SGH w banku PEKAO SA nr konta: 66 1240 6003 1111 0000 4946 5213. W przypadku niewywiązania się z powyższego obowiązku upoważniam do potrącenia kwoty nierozliczonej zaliczki z najbliższej wypłaty wynagrodzenia.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| data | podpis zaliczkobiorcy |

**ZATWIERDZENIE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zatwierdzam pod względem merytorycznym Kierownik Jednostki | Zatwierdzam do wypłaty   Kwestor | Zatwierdzam do wypłaty  Rektor/Kanclerz |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| data podpis | data podpis | data podpis |