Załącznik nr 5

do Regulaminu kierowania za granicę pracowników, doktorantów, studentów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w celach naukowych, dydaktycznych lub szkoleniowych

****

**Dział Współpracy Zagranicznej**

**90-151 Łódź, ul. Muszyńskiego 2**

**tel. /42/ 272 54 40**

**BDWZ/ / 20……**

**ROZLICZENIE**

**zagranicznych środków płatniczych pobranych na pokrycie kosztów wyjazdu służbowego do ...............................................**

imię i nazwisko osoby wyjeżdżającej stanowisko służbowe jednostka organizacyjna

Zrealizowałem /am pobyt w

Pobyt za granicą trwał od dnia ...................................................... godz ........................
do dnia ...................................................... godz ........................ – tj. ogółem .................... dób\*.

|  |
| --- |
| **ZAGRANICZNE ŚRODKI PŁATNICZE** |
| 1/ **Otrzymałem/-am** |  |  |
| 2/ **Ogółem dysponowałem/-am** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Wydatkowałem/am** | **Zagraniczne środki płatnicze** |
| 1. **Diety**

kraj doby stawka......................... ................... ............................................... ................... ...................... 1. **Koszty hotelu\*\***

kraj doby liczba rachunków ........................ ................... .............................................. ................... ......................1. **Koszty podróży w zagranicznych środkach płatniczych**
2. koleją z ...................... do ............................
3. autobusem z .....................do ......................
4. **Dieta dojazdowa**
5. **Ryczałt na dojazdy komunikacją miejską**
6. **Inne wydatki podlegające zwrotowi**

............................................................................**OGÓŁEM:** |  .......................... .......................... .......................... .......................... .......................... .......................... .......................... ..........................  .......................... .......................... |  ........................ ........................ ........................ ........................  ........................ ........................ ........................ ........................  ........................ ........................ |
| **~~C :~~** **Zestawienie** |  |  |
| Ogółem dysponowałem/am kwotąOgółem wydatkówPozostałoBrak |   ......................... ......................... ......................... ......................... |   ....................... ....................... ....................... ....................... |

**\*\*UWAGA:**

Do rozliczenia należy dołączyć odpowiednią dokumentację jak przy rozliczeniu z podróży służbowej.

**POSIŁKI DO ODJĘCIA Z DIET:**

1) śniadanie………….. = ………...…

2) obiad/lunch………….. = ………...…

3) kolacja…………….…. = ……..……

**RAZEM ………..……**

Inne uwagi :

Załączniki .........................................

Łódź, dnia .......................................... ....................................................

 podpis składającego rozliczenie

**Osoba rozliczająca:**

Sprawdzono pod względem cyfrowym,

 formalnym i merytorycznym

 ................................................

 podpis sprawdzającego