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 kwotą  Ogółem wydatków  Pozostało  Brak | .........................  .........................  .........................  ......................... | .......................  .......................  .......................  ....................... |

**\*\*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