**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  data podpis | Zatwierdzam do wypłaty Kwestor  data podpis | Zatwierdzam do wypłaty  Rektor/Kanclerz  data podpis |