

WNIOSEK O REFUNDACJĘ KOSZTÓW ZAKUPU OKULARÓW KORYGUJĄCYCH WZROK / SZKIEŁ KONTAKTOWYCH

1. DANE PRACOWNIKA

- Imię i nazwisko:
- Stanowisko pracy:
- Dział / Sekcja:

2. OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA

Oświadczam, że na moim stanowisku pracy obsługuję monitor ekranowy przez co najmniej połowę dobowego wymiaru czasu pracy, tj. minimum 4 godziny dziennie.

W związku z orzeczeniem lekarskim wydanym przez lekarza medycyny pracy, wnoszę o refundację kosztów zakupu:

- ☐ okularów korygujących wzrok (oprawek wraz ze szklami)*
- ☐ szkieł kontaktowych (soczewek)*

Do niniejszego wniosku dołączam:

1. Kopię ważnego orzeczenia lekarskiego wydanego przez lekarza medycyny pracy.
2. Fakturę VAT nr z dnia
wystawioną na moje imię i nazwisko, opiewającą na kwotę zł.

Proszę o wypłatę przyznanej kwoty refundacji przelewem na mój rachunek bankowy o numerze:

(data i podpis pracownika)

*zaznaczyć właściwe znakiem X

3. WERYFIKACJA SŁUŻBY BHP / BEZPOŚREDNIEGO PRZEŁOŻONEGO

Potwierdzam, że pracownik jest zatrudniony na stanowisku wymienionym w Załączniku nr 2 do Zarządzenia i wykonuje pracę przy monitorze ekranowym powyżej 4 godzin dziennie.

- ☐ Wniosek opiniuję pozytywnie*
- ☐ Wniosek opiniuję negatywnie (uzasadnienie)*:

.....

.....
(data i podpis Inspektora ds. BHP / przełożonego)

4. WERYFIKACJA SEKCJI KADR

1. Aktualne orzeczenie lekarskie medycyny pracy z dnia zawiera wpis o konieczności stosowania okularów/szkieł przy komputerze:

[] TAK / [] NIE.

2. Pracownik przedstawił oryginał faktury VAT do wglądu. Na oryginale naniesiono adnotację o refundacji:

[] TAK / [] NIE.

3. Pracownik korzystał z refundacji w DPS w ciągu ostatnich 2 lat:

[] NIE / [] TAK (data ostatniego zwrotu:).

.....
(data i podpis pracownika Sekcji Kadr)

5. DECYZJA FINANSOWA (GŁÓWNY KSIĘGOWY I DYREKTOR)

Zatwierdzam do wypłaty kwotę refundacji w wysokości: zł

(słownie:)

.....
(data i podpis Głównego Księgowego)

.....
(data i podpis Dyrektora DPS)

*zaznaczyć właściwe znakiem X

(-) Anna Herman

Dyrektor Domu Pomocy Społecznej