Załącznik nr …. do umowy

…………………………………………………. Miejscowość, data wystawienia **………………………..**

*/Nazwa i adres pracodawcy, NIP/*

**Powiat Żniński, ul. Potockiego 1, 88-400 Żnin, NIP 562- 18-03-991**

**NOTA KSIĘGOWA NR ……………**

Prosimy o zgodne z nami zaksięgowanie następujących pozycji:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| OBCIĄŻYLIŚMY | | | | TREŚĆ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | UZNALIŚMY | | | |
| REFUNDACJA DODATKU DOI WYNAGRODZENIA PRACOWNIKA BĘDĄCEGO OPIEKUNEM STAŻYSTY W ZAKRESIE ODPOWIADAJĄCYM DELEGOWANIU GO DO ZADAŃ ZWIĄZANYCH Z OPIEKĄ NAD STAŻYSTĄ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | *Imię i nazwisko pracownika* | | | | | | | *Stażysta/ci pod opieką* | | | | | | | | *Termin pełnienia roli opiekuna stażu* | | | | | *Wysokość wynagrodzenia do refundacji:* | | | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |
| REFUNDACJA KOSZTU PRZEPROWADZENIA SZKOLENIA BHP STAŻYSTÓW | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | *Nazwa towaru* | | | | *Ilość stażystów* | | | *Cena jednostkowa brutto* | | | | | *Stawka VAT\** | | | | | *Wartość netto* | | | | | *Wartość brutto do refundacji (wyłącznie jeśli Pracodawca nie ma możliwości odliczenia VAT z faktury)* | | | |  | | | |
|  | | | | Przeszkolenie BHP stażystów | | | |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
|  | | | | **RAZEM** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| Prosimy o wpłatę powyższej kwoty w terminie 14 dni na  rachunek bankowy  nr : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |

Słownie: **…………………………………………………..**

…………………………………

*Podpis osoby upoważnionej do wystawienia noty*

*Uwaga!*

*\*W przypadku możliwości odliczenia podatku VAT z faktur za szkolenie BHP, refundowana może być wyłącznie kwota netto.*

*Do kopii faktur proszę dołączyć potwierdzenie zapłaty. Kopie należy potwierdzić za zgodność z oryginałem.*

