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.*

