|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *ZP/K/13/2023 Załącznik Nr 3 do Umowy nr ……D/2023* | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ………………………………………………………………… | | | |  |  |  |  |  |  |  |
| /imię i nazwisko PZ/ | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **EWIDENCJA PRZEBIEGU POJAZDU W MIESIĄCU…............................** | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ……………………………………………… | | |  | ……………………………………… | | ……………………… | | |  | ……………………… |
| /samochód typ/ | |  |  | /marka/ |  | /pojemność silnika/ | |  |  | /nr rejestracyjny/ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (Według stawki ustalonej Rozkazem Komendanta 1. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SPZOZ w Lublinie) | | | | |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| nr kolejny wpisu | data wyjazdu | opis trasy wyjazdu | | Cel wyjazdu | liczba faktycznie przejechanych kilometrów | stawka za 1 km przebiegu | | wartość (6)\*(7) | | Uwagi |
| skąd | dokąd | zł | gr | zł | gr |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | 8 | | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Suma: | | | | |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ……………………………………………………………………………….. | | | |  |  | …………………………………………………………………. | | | | |
| (podpis i data przedkładającego rozliczenie) | | |  |  | (zatwierdzam Komendant Filii ) | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| …............................................................................................................................. | | | |  |  |  |  |  |  |  |
| (**akceptacja Działu Kadr**, data, popis) | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sprawdzono pod względem | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| formalno-rachunkowym | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| …............................................... | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (data i podpis Szefa zespołu ds. finansowych rachuby i płac | | | |  |  |  |  |  |  |  |