|  |
| --- |
| *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 |  |  |  |  |  |  |  |