**Wniosek o refundację kosztów zakupu okularów lub soczewek kontaktowych korygujących wzrok**

**1. Dane wnioskodawcy**

a) imię i nazwisko ..............................................................................................................................................

b) stanowisko ......................................................................................................................................................

c) nazwa komórki organizacyjnej .....................................................................................................................

d) numer rachunku bankowego do zwrotu środków ……………………………………………………….

e) do wniosku załączam rachunek/fakturę nr ........................ z dnia .................. na zakup okularów lub szkieł kontaktowych korygujących wzrok oraz zaświadczenie lekarskie, stwierdzające potrzebę stosowania okularów lub soczewek kontaktowych korygujących wzrok podczas pracy.

.........................................................

 (data i podpis pracownika)

**2. Opinia bezpośredniego przełożonego**

Potwierdzam, że Pan/Pani ....................................................................................... pracuje na stanowisku wyposażonym w monitor ekranowy przez co najmniej połowę pełnego wymiaru czasu pracy tj. 4 godziny dziennie.

...........................................................

 (data i podpis przełożonego)

**3. Dział Kadr i Płac**

Potwierdzam, że Pan/Pani .................................................................................. spełnia warunki do otrzymania dofinansowania kosztów zakupu okularów lub soczewek kontaktowych korygujących wzrok zgodnie z Zarządzeniem Dyrektora nr 10/2024 z dnia 8 kwietnia 2024 r.

**Sprawdzono pod względem merytorycznym**

…………………………………………….……

 (data i podpis pracownika Działu Kadr i Płac)

**4. Dział Księgowości**

Zatwierdzono do wypłaty zł …………………. słownie złotych …………………..……………………

Źródło finansowania ……………………………………………………

**Sprawdzono pod względem formalno-rachunkowym**

………………………………………………………

 (data i podpis pracownika Działu Księgowości)

… …..………..…………………… ……………….…………………………

 (Główny Księgowy) (Dyrektor Instytutu)