*Załącznik nr 5*

*do Regulamin przyjmowania gości krajowych i zagranicznych*

*w jednostkach Uniwersytetu Jagiellońskiego – Collegium Medicum*

**PROŚBA O ZWROT KOSZTÓW POBYTU I PODRÓŻY**

**1. Dane osobowe**

………………………………………………………………………………………………………...…..........

**Imię Nazwisko Płeć (M/F)**

………………………………………………………………………………………………………….............

**Adres zamieszkania**

………………………………………………………………………………………………………….............

**Numer telefonu numer faksu e-mail**

………………………………………………………………………………………………………….............

**Nazwa instytucji macierzystej**

**2. Informacje o koncie bankowym**

**Nazwa właściciela rachunku** ……………………………………………………..............................…

**Adres właściciela rachunku** ……………………...………………………………..…........................

**Nazwa banku** ……………………………………………………….…..................…...

**Numer rachunku**  **bankowego** ...……………………………………………………………...................

**3. Dane o podróży**

**Cel podróży** …………………………………………………………………………………...…....................

**miejscowość województwo daty pobytu**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etapy podróży** | z | do |  | data | godzina |
| miejscowość |  |  | wyjazd |  |  |
|  |  | przyjazd |  |  |
| miejscowość |  |  | wyjazd |  |  |
|  |  | przyjazd |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Koszty podróży** | kwota | waluta |
| bilet lotniczy(*proszę dołączyć wraz z kartą pokładową)* Apex 🞏 |  |  |
| bilet kolejowy/autobusowy *(proszę dołączyć)* |  |  |
| samochód prywatny –numer rejestracyjny:  całkowita liczba kilometrów *(w obie strony):* |  |  |

**4. Zakwaterowanie** *(proszę dołączyć oryginał faktury)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | kwota | waluta |
| Nazwa i adres hotelu: |  |  |
| Liczba dni: |  |  |

Niniejszym oświadczam, że powyższe koszty nie zostały zrefundowane przez inny podmiot.

………………………………………………………

Data i podpis