Załącznik nr 27 - Wniosek o dokonanie płatności / przedpłaty

|  |
| --- |
| **Wniosek o dokonanie płatności / przedpłaty** |
| Nazwa i adres odbiorcy płatności: |  |
| Tytuł płatności: |  |
| ☐ czek bankierski Numer konta: |  |
| Kwota: |  | Waluta: |  | Termin zapłaty: |  |
| Kwota słownie: |  |
| Źródło finansowania:  |  | Numer obligo: |  |
| **Dane banku zagranicznego** |
| Nazwa: Adres banku: |  |
|  |
| Kraj banku:  |  |
| Kod SWIFT lub kod ABA:  |  |
| **Zobowiązania i oświadczenia wnioskodawcy** |
| Zobowiązuję się doręczyć fakturę w celu rozliczenia przedpłaty do dnia:3 |  |
| Oświadczam, że zakup realizowany jest zgodnie z regulaminem zamówień publicznych Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum oraz Ustawą Prawo Zamówień Publicznych. |
| Przyjmuję na siebie odpowiedzialność materialną, wynikającą z niewywiązania się z powyższego zobowiązania, na zasadach określonych w zapisach art. 114 – 122 Kodeksu pracy, tzn. w sytuacji wyrządzenia rzeczywistej szkody pracodawcy. Oświadczam, iż zapoznałem(-łam) się z przepisami określającymi zasady wykonywania powierzonej mi pracy, w tym również z art. 114 - 122 Kodeksu pracy1. |
| Imię:  |  | ……………………… ………………………………………….*data , pieczątkai podpis Wnioskodawcy* |
| Nazwisko: |  |
| Jednostka: |  |
| Numer telefonu: |  |
| **Załączniki:***(faktury pro-forma, oferty itp.)* |  |
|  **Weryfikacja Kwestury Akceptacja dysponenta środków** 2 |
| Sprawdzono pod względem rachunkowym i formalnym……………………………………………….Pieczątka i podpis  | Dysponent środków…………………………………………………….Pieczątka i podpis |
| **Zatwierdzono do zapłaty** |
| Akceptacja Z-cy Kwestora UJds. Collegium Medicum…………………………………………………….Pieczątka i podpis  | Akceptacja Z-cy Kanclerza UJ ds. Collegium Medicum…………………………………………………….Pieczątka i podpis  |