Załącznik Nr 2 do Zarządzenia Nr 5/2018

Dyrektora Centrum Onkologii – Instytutu

im. Marii Skłodowskiej- Curie

z dnia 11 stycznia 2018 r.

Warszawa, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ r.

znak:\_\_\_\_-078-\_\_

Sekcja Poligrafii

Centrum Onkologii - Instytut

im. Marii Skłodowskiej-Curie

**WNIOSEK NA WYKONANIE PIECZĘCI/PIECZĄTKI**

Na podstawie Zarządzenia 5/2017 Dyrektora Centrum Onkologii - Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie z dnia 11 stycznia 2018 r. w sprawie określenia trybu zamawiania, ewidencjonowania, wydawania, używania, przechowywania oraz likwidacji pieczątek w Centrum Onkologii - Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie   
w Warszawie,

**wnioskuję o wykonanie pieczęci/pieczątki - służbowej:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Uzasadnienie konieczności wykonania pieczęci/pieczątek:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
|  |

**(podpis kierownika komórki wnioskującej)**

**Stwierdzam poprawność treści pieczęci/pieczątek wg właściwości pieczątki**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **podpis pracownika**  **Działu Organizacyjnego** |  | **podpis pracownika  Działu Spraw Osobowych i Spraw Socjalnych** |  | **podpis pracownika  Działu ds. Rozliczeń Świadczeń Zdrowotnych** |