Załącznik Nr 1 do Zarządzenia Nr 89/2020

Dyrektora Narodowego Instytutu Onkologii   
im. Marii Skłodowskiej-Curie **–**  
Państwowego Instytutu Badawczego   
z dnia 29 października 2020 r.

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

znak:\_\_\_\_-230-\_\_

Sekcja Poligrafii

Narodowego Instytutu Onkologii   
im. Marii Skłodowskiej-Curie **–**   
Państwowego Instytutu Badawczego

**WNIOSEK O WYKONANIE PIECZĘCI/PIECZĄTKI**

Na podstawie Zarządzenia Nr 89/2020 Dyrektora Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie- Państwowego Instytutu Badawczego z dnia 29 października 2020 r. w sprawie określenia trybu zamawiania, ewidencjonowania, wydawania, używania, przechowywania oraz likwidacji pieczęci i pieczątek w Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowym Instytucie Badawczym w Warszawie,

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

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

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

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

**Imię, nazwisko, stanowisko osoby odpowiedzialnej za pieczęć/pieczątkę:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Miejsce przechowywania pieczęci/pieczątki:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
|  |

**(podpis kierownika jednostki/komórki wnioskującej)**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **podpis pracownika**  **Działu Organizacyjnego** |  | **podpis pracownika**  **Działu Kadr** |  | **podpis pracownika**  **Działu ds. Rozliczeń Świadczeń Zdrowotnych** |