Załącznik do Zarządzenia Nr 8/2024

Dyrektora Narodowego Instytutu Onkologii
im. Marii Skłodowskiej-Curie **–**Państwowego Instytutu Badawczego
z dnia 25 stycznia 2024 r.

**WNIOSEK**

**o refundację zakupu okularów korygujących wzrok lub szkieł kontaktowych do pracy na stanowiskach wyposażonych w monitory ekranowe**

Ja niżej podpisany:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(imię i nazwisko pracownika, identyfikator pracownika)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(stanowisko/komórka organizacyjna, numer OPK)

wnioskuję o refundację zakupu okularów korygujących wzrok / szkieł kontaktowych\* przeznaczonych do pracy na stanowisku wyposażonym w monitor ekranowy.

W załączeniu przekazuję oryginał faktury (rachunku) nr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ z dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

wystawionej(ego) przez Zakład Optyczny \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Refundowaną kwotę proszę:

1) przekazać na rachunek bankowy o numerze\*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(numer rachunku bankowego)

2) wypłacić w Kasie NIO-PIB\*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data, podpis pracownika)

**Wypełnia Lekarz Medycyny Pracy NIO-PIB**

Potwierdzam potrzebę stosowania przez pracownika okularów korygujących wzrok / szkieł kontaktowych\* do pracy na stanowisku wyposażonym w monitor ekranowy.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (pieczątka Poradni Medycyny Pracy NIO-PIB) (data, pieczątka, podpis Lekarza Medycyny Pracy)

 **ZATWIERDZAM**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (data, pieczątka, podpis )

\* *niepotrzebne skreślić*