

ZARZĄDZENIE NR 9/2023

Dyrektora Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie –
Państwowego Instytutu Badawczego
z dnia 7 lutego 2023 roku

zmieniające Zarządzenie Nr 81/2020 Dyrektora Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego z dnia 6 października 2020 r. w sprawie refundacji kosztów zakupu okularów korygujących wzrok do pracy na stanowiskach wyposażonych w monitory ekranowe w Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowym Instytucie Badawczym w Warszawie

Na podstawie § 7 Statutu Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego, zarządza się, co następuje:

§ 1.

Załącznik do Zarządzenia Nr 81/2020 Dyrektora Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego z dnia 6 października 2020 r. w sprawie refundacji kosztów zakupu okularów korygujących wzrok do pracy na stanowiskach wyposażonych w monitory ekranowe w Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowym Instytucie Badawczym w Warszawie z późn. zm. otrzymuje brzmienie załącznika do niniejszego Zarządzenia.

§ 2.

Pozostałe zapisy zarządzenia nie ulegają zmianie.

§ 3.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem wydania.

DYREKTOR
Narodowego Instytutu Onkologii
im. Marii Skłodowskiej-Curie
- Państwowego Instytutu Badawczego
Prof. dr hab. n. med. Jan Walewski

WNIOSEK

o refundację zakupu okularów korygujących wzrok 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 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 do pracy na stanowisku wyposażonym w monitor ekranowy.

(pieczęć Poradni Medycyny Pracy NIO-PIB)

(data, pieczęć, podpis Lekarza Medycyny Pracy)

ZATWIERDZAM

(data, pieczęć, podpis)

* *niepotrzebne skreślić*