

## WNIOSEK O WYPŁATĘ ZALICZKI DLA:

Imię i nazwisko .....

Nr dowodu osobistego ..... nr telefonu .....

Jednostka organizacyjna ..... Symbol .....

**Cel:** 1. .... w wysokości ..... zł  
2. .... w wysokości ..... zł  
3. .... w wysokości ..... zł  
Łączna kwota ..... zł

Słownie: .....

Źródło finansowania .....

.....  
*podpis wnioskodawcy*

.....  
*kierownik jednostki organizacyjnej/tematu badawczego*

Potwierdzenie środków:

Potwierdzenie braku zobowiązań wobec WUM

.....  
*podpis uprawnionego pracownika uczelni*

.....  
*Kierownik Działu Finansowego WUM*

Sprawdzono pod względem  
formalno-rachunkowym

**Zatwierdzono do wypłaty**

Kwestor

Kanclerz

...../...../.....  
*Data*                      *Podpis*

...../...../.....  
*Data*                      *Podpis*

...../...../.....  
*Data*                      *Podpis*

Zaliczkę wypłacono

.....  
*Data*

.....  
*Podpis kasjera*

Powyższą zaliczkę otrzymałem i zobowiązuję się rozliczyć w terminie do dnia ....., upoważniając równocześnie Warszawski Uniwersytet Medyczny do potrącenia kwoty nie rozliczonej w terminie zaliczki z najbliższych wypłat wynagrodzenia. Upoważnienie innych osób do pobrania lub wydatkowania zaliczki nie zwalnia zaliczkobiorcy od odpowiedzialności za jej prawidłowe rozliczenie lub zwrot

.....  
*podpis zaliczkobiorcy – pracownika uczelni*