Załącznik nr 2 do Regulaminu przyjmowania gości przez Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, wprowadzonego Zarządzeniem Rektora nr 140/2021 z dnia 6.12.2021 r.

**ROZLICZENIE POBYTU GOŚCIA NA UMB - TRAVEL EXPENSES REPORT**

# Dane osobowe (Personal Information)

## Nazwisko, Imię (Family name, First name):

## Nazwa instytucji macierzystej gościa (Institution of affiliation):

# Dane dotyczące konta bankowego (Details of bank account)

# (wypełnić w przypadku zwrotu kosztów/fill if reimbursed)

## Nazwisko właściciela konta bankowego (Name of Account Holder):

## Adres właściciela konta bankowego (Address of Account Holder):

## Nazwa banku (Name of bank):

## Numer konta bankowego IBAN (Bank Account IBAN):

## Kod SWIFT (Bank Code – BIC or SWIFT):

## Nr paszportu (Passport No) / Numer dowodu (ID No):

# Sprawozdanie/opis odbytej wizyty (report of the visit)

# Szczegóły dotyczące kosztów (Details of costs)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Koszty podróży (Travel expenses)** |  **Kwota (Amount)** | **Waluta (Currency)**  | **Forma płatności****(Form of payment)** |
| Bilet lotniczy (Flight ticket) |   |   | [ ]  opłacony przez gościa (payment by a visitor)[ ]  opłacony przez UMB / payment by MUB |
| Bilet kolejowy/autobusowy (train ticket/bus ticket)  |   |   | [ ]  opłacony przez gościa (payment by a visitor)[ ]  opłacony przez UMB (payment by MUB) |
| Samochód (car) |   |   | [ ] opłacony przez gościa (payment by a visitor)[ ] opłacony przez UMB (payment by MUB) |

|  |
| --- |
| **Zakwaterowanie (Accommodation)** |
| Nazwa i adres hotelu (Name and address of the hotel):………………………………………………………..………………………………………………………..………………………………………………………..Ilość dni (Number of days):……………………………………………………….. |    |    | [ ] opłacony przez gościa (payment by a visitor)[ ]  opłacony przez UMB (payment by MUB) |

|  |
| --- |
| **Dieta (Diet)** |
| Wysokość przyznanej diety (Amount of granted diet):………………………………………………………..Ilość dni (Number of days):……………………………………………………….. |   |   | zwrot przelewem (bank transfer) |

# Wnioskuję o zwrot kosztów pobytu w UMB w wysokości (I request reimbursement of expenses in the amount:

Data I podpis gościa (date and signature of visitor)

Data I podpis osoby potwierdzającej pobyt gościa (date and signature of a person confirming the visit):