Załącznik nr 2 do Zarządzenia nr 2/2023 Rektora UMB z dnia 2.01.2023 r.

**Dane do Faktury:**

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, ul. Jana Kilińskiego 1, 15-089 Białystok, NIP 542-021-17-17

**GRUPOWY WNIOSEK NA WYJAZD STUDENTÓW / DOKTORANTÓW nr** ………………………

DANE PERSONALNE WYJEŻDŻAJĄCYCH

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | 6. |
| 2. | 7. |
| 3. | 8. |
| 4. | 9. |
| 5. | 10. |

|  |
| --- |
| Telefon kontaktowy: |

DANE DOTYCZĄCE WYJAZDU

|  |  |
| --- | --- |
| Cel wyjazdu – krótkie uzasadnienie |  |
| Termin konferencji (od-do) |  |
| Czas podróży (od-do) |  |
| Miejscowość docelowa |  |
| Źródło finansowania | Potwierdzenie dysponenta środków |

DANE DOTYCZĄCE KOSZTU WYJAZDU CAŁEJ GRUPY

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Przejazd w obie strony (PKP II kl. pociąg pospieszny lub inny środek transportu za wcześniejszą zgodą Prorektora) | 100%  51% | |  |
| Ryczałt na dojazdy (łącznie na wszystkie osoby w całym okresie wyjazdu) | | |  |
| Diety (łącznie na wszystkie osoby w całym okresie wyjazdu) | | |  |
| Noclegi (przy rozliczeniu obowiązuje f-ra VAT wystawiona na UMB lub ryczałt) | | |  |
| Inne (np. opłata za uczestnictwo) | | |  |
| Uwaga: | | Razem: |  |

1. Niniejszym zgoda nie jest w rozumieniu przepisów podróżą służbową (delegacją służbową)
2. Wszelkie ryzyko związane z wyjazdem ciąży na studencie
3. Każdy student oświadcza, że posiada dobrowolne ubezpieczenie NNW, oraz zapoznał się z zarządzeniem dotyczącym wyjazdów krajowych

|  |  |
| --- | --- |
| Podpis opiekuna wyjeżdżających: | Podpis kierownika jednostki organizacyjnej: |
| **Zgoda do kwoty:**  ………………………………….zł ………..……gr. | Podpis Prorektora: |

|  |
| --- |
| Potwierdzenie organizatora |

Białystok,…………………..………