

Dohoda o poskytnutí cestovných náhrad

Poskytovateľ náhrady:

Univerzita Komenského v Bratislave,
Lekárska fakulta
Špitálska 24
813 72 Bratislava

zastúpená: Prof. MUDr. Juraj Šteňo, DrSc. – dekan fakulty

v zmluvných veciach koná: Ing. Adela Kubíniová – tajomníčka fakulty

a

Príjemca náhrady:

Meno, priezvisko, titul:	
Adresa:	

uzatvárajú túto dohodu o poskytnutí cestovných náhrad (ďalej „dohoda“)

Predmetom dohody je poskytnutie cestovných náhrad v zmysle zákona č. 283/2002 Z.z. o cestovných náhradách v platnom znení .

Pracovisko:	
Miesto služobnej cesty:	
Dátum služobnej cesty:	
Dopravný prostriedok:	
Účel pracovnej cesty:	

Hradené z úlohy číslo:

FOND	FO	FIN. STREDISKO	ŠPP PRVOK – označenie v SAP, meno zodpovedného riešiteľa

Podpis zodpovedného riešiteľa:

Výplatu prevedte:

bankovým prevodom *		platba v hotovosti cez pokladňu LFUK	
----------------------------	--	---	--

* v prípade platby bankovým prevodom, doplniť nasledovné údaje:

IBAN číslo účtu	kód banky	názov banky

Príjemca náhrady je **povinný do 10 dní od uskutočnenia pracovnej cesty** predložiť (zaslať) poskytovateľovi náhrady originály dokladov preukazujúcich výšku opodstatnených nákladov, ktoré sú predmetom cestovných náhrad v zmysle tejto dohody, inak nebudú náhrady preplatené. **Dohoda musí byť uzavretá pred nástupom na pracovnú cestu. Dohodu je potrebné priložiť pri odovzdávaní cestovného príkazu na vyúčtovanie.**

V Bratislave, dňa:

príjemca

poskytovateľ