Załącznik nr 1

Pieczęć firmowa wnioskodawcy

**ROZLICZENIE PONIESIONYCH PRZEZ PRACODAWCĘ KOSZTÓW WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY   
UMOWA NR /P/FP/2023 Z DNIA 2023r.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wyszczególnienie rodzaju zakupu zgodnie ze złożonym wnioskiem** | **Planowana kwota zakupu  w zł** | **Potwierdzenie wydatkowania środków w zł** | | | | |
| **Numer, data i dane wystawcy faktury, rachunku** | **Środki F.P.  Refundacja** | | | **Rodzaj wydatku**  **§ 421**  **§ 612** |
| **NETTO** | **VAT** | **BRUTTO** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Lp** | **Wyszczególnienie rodzaju zakupu zgodnie ze złożonym wnioskiem** | **Planowana kwota zakupu  w zł** | **Potwierdzenie wydatkowania środków w zł** | | | | |
| **Numer, data i dane wystawcy faktury, rachunku** | **Środki F.P.  Refundacja** | | | **Rodzaj wydatku**  **§ 421**  **§ 612** |
| **NETTO** | **VAT** | **BRUTTO** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM WYDATKI** | | | |  |  |  |  |
| **KWOTA DO WYPŁATY** | | | |  |  |  |  |

**§ 421 – Zakup materiałów i wyposażenia**

**§ 612 – Wydatki na zakupy inwestycyjne funduszy celowych**

Oświadczam, że przysługuje / nie przysługuje **(niepotrzebne skreślić)** mi prawo do obniżenia kwoty podatku należnego o kwotę podatku naliczonego, zawartego w wykazywanych wydatkach lub prawo do zwrotu podatku naliczonego zgodnie z ustawą z dnia   
11 marca 2004r. o podatku od towarów i usług.

Data i podpis wnioskodawcy  
  
  
Rachunek bankowy, na który należy przekazać refundację nr

Nazwa banku

Załączniki niezbędne do rozliczenia refundacji stanowiska pracy:

1. Kopie wymienionych w zestawieniu faktur, rachunków wraz z potwierdzeniem zapłaty (oryginały do wglądu).
2. Kopia ewidencji środków trwałych i / lub wyposażenia z dokonanymi wpisami refundowanego wyposażenia (oryginały do wglądu).

Weryfikację przeprowadził: (data i podpis pracownika PUP)