Załącznik nr 27 - Wniosek o dokonanie płatności / przedpłaty

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wniosek o dokonanie płatności / przedpłaty** | | | | | | | | | | |
| Nazwa i adres odbiorcy płatności: | |  | | | | | | | | |
| Tytuł płatności: | |  | | | | | | | | |
| ☐ czek bankierski Numer konta: | |  | | | | | | | | |
| Kwota: | |  | | Waluta: | |  | | Termin zapłaty: | |  |
| Kwota słownie: | |  | | | | | | | | |
| Źródło finansowania: | |  | | | Numer obligo: | | | |  | |
| **Dane banku zagranicznego** | | | | | | | | | | |
| Nazwa:  Adres banku: | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Kraj banku: | |  | | | | | | | | |
| Kod SWIFT lub kod ABA: | |  | | | | | | | | |
| **Zobowiązania i oświadczenia wnioskodawcy** | | | | | | | | | | |
| Zobowiązuję się doręczyć fakturę w celu rozliczenia przedpłaty do dnia:3 | | | | | | |  | | | |
| Oświadczam, że zakup realizowany jest zgodnie z regulaminem zamówień publicznych Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum oraz Ustawą Prawo Zamówień Publicznych. | | | | | | | | | | |
| Przyjmuję na siebie odpowiedzialność materialną, wynikającą z niewywiązania się z powyższego zobowiązania, na zasadach określonych w zapisach art. 114 – 122 Kodeksu pracy, tzn. w sytuacji wyrządzenia rzeczywistej szkody pracodawcy. Oświadczam, iż zapoznałem(-łam) się z przepisami określającymi zasady wykonywania powierzonej mi pracy, w tym również z art. 114 - 122 Kodeksu pracy1. | | | | | | | | | | |
| Imię: |  | | ……………………… ………………………………………….  *data , pieczątkai podpis Wnioskodawcy* | | | | | | | |
| Nazwisko: |  | |
| Jednostka: |  | |
| Numer telefonu: |  | |
| **Załączniki:**  *(faktury pro-forma, oferty itp.)* |  | | | | | | | | | |
| **Weryfikacja Kwestury Akceptacja dysponenta środków** 2 | | | | | | | | | | |
| Sprawdzono pod względem  rachunkowym i formalnym  ……………………………………………….  Pieczątka i podpis | | | Dysponent środków  …………………………………………………….  Pieczątka i podpis | | | | | | | |
| **Zatwierdzono do zapłaty** | | | | | | | | | | |
| Akceptacja Z-cy Kwestora UJ  ds. Collegium Medicum  …………………………………………………….  Pieczątka i podpis | | | Akceptacja Z-cy Kanclerza UJ  ds. Collegium Medicum  …………………………………………………….  Pieczątka i podpis | | | | | | | |