

Załącznik nr 1 do ZR/07/2025 r.

Wrocław, dnia

.....
(imię i nazwisko pracownika)

**Wniosek o refundację kosztów zakupu okularów lub szkieł kontaktowych
korygujących wzrok dla pracowników
Papieskiego Wydziału Teologicznego we Wrocławiu**

Proszę o zwrot kosztów zakupu okularów/szkieł kontaktowych¹ korygujących
wzrok w kwocie

Do wniosku załączam:

- a) kopię dowodu zakupu nr. z dnia
- b) zaświadczenie lekarskie/orzeczenie lekarskie z wpisem² o potrzebie stosowania
okularów przed monitorem ekranowym z dnia

Zwrotu w/w kwoty proszę dokonać na nr konta bankowego wskazanego do przelewu
wynagrodzenia za pracę.

.....
(podpis pracownika)

¹ Niepotrzebne skreślić

² Niepotrzebne skreślić