

Załącznik Nr 1 do Uchwały Nr 179/V/2022 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 9 czerwca 2022 roku w sprawie zasad refundowania kosztów związanych z wykonywaniem zadań na rzecz Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych.

**WNIOSEK  
O ROZLICZENIE KOSZTÓW PRZEJAZDU SAMOCHODEM PRYWATNYM  
DANE**

<b>IMIĘ I NAZWISKO</b>	
<b>STANOWISKO W KIDL</b>	
<b>NR REJESTRACYJNY POJAZDU</b>	

**SZACUNKOWA EWIDENCJA PRZEBIEGU POJAZDU**

	Data i godzina wyjazdu / przyjazdu	Opis skąd dokąd	Cel wyjazdu	Liczba przejechanych km	Stawka za 1 km w zł	Wartość
1.						
2.						
<b>RAZEM</b>						

Miejscowość, data

Podpis wnoszącego o zwrot kosztów

Załącznik Nr 2 do Uchwały Nr 179/V/2022 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 9 czerwca 2022 roku w sprawie zasad refundowania kosztów związanych z wykonywaniem zadań na rzecz Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych.

**WNIOSEK O ZWROT UTRACONEGO ZAROBKU**  
**diagności laboratoryjnego prowadzącego działalność gospodarczą w zakresie**  
**związanym z wykonywaniem zawodu diagnosty laboratoryjnego**

Ja, niżej podpisany/-a,.....  
zamieszkały/-a przy ulicy ..... w.....  
.....  
..... prowadzący działalność gospodarczą w zakresie związanym z wykonywaniem zawodu diagnosty laboratoryjnego pod firmą..... z siedzibą przy ul. ....  
..... w ..... REGON: .....  
..... NIP: ..... PKD: .....  
..... niniejszym na podstawie § 4 ust. 1 Uchwały Nr .../V/2022 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia ..... 2022 roku w sprawie zasad refundowania kosztów związanych z wykonywaniem zadań przez członków organów Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych, Rzecznika Dyscyplinarnego i jego zastępcę a także inne osoby zaproszone lub wykonujące czynności zlecone przez organy Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych oraz w sprawie zasad zwrotu utraconego zarobku na rzecz diagnosty laboratoryjnego prowadzącego działalność gospodarczą lub świadczącego pracę za okres wykonywania zadań na rzecz samorządu zawodowego w zakresie związanym z wykonywaniem zawodu diagnosty laboratoryjnego w związku z realizacją zadania.....  
..... powierzonego mi przez .....

wnoszę o zwrot kwoty stanowiącej równowartość utraconego zarobku za czas niemożności wykonywania działalności gospodarczej, spowodowany wykonywaniem tego zadania w za okres od dnia..... do dnia .....co stanowi łączną ilość ..... dni pracujących, w trakcie których nie miałem/-am możliwości wykonywania działalności gospodarczej.

Zwrot z tytułu niemożności wykonywania działalności gospodarczej proszę wpłacić na mój rachunek bankowy nr.....

**Miejscowość, data**

**Podpis wnioskującego**

Załącznik Nr 3 do Uchwały Nr 179/V/2022 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 9 czerwca 2022 roku w sprawie zasad refundowania kosztów związanych z wykonywaniem zadań na rzecz Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych.

**WNIOSEK O ZWROT UTRACONEGO ZAROBKU**  
**diagności laboratoryjnego świadczącemu pracę w zakresie związanym z**  
**wykonywaniem zawodu diagnosty laboratoryjnego**

Ja, niżej podpisany/-a, .....  
zamieszkały/-a przy ulicy ..... w .....  
świadczący pracę w zakresie związanym z wykonywaniem zawodu diagnosty laboratoryjnego na rzecz  
Pracodawcy: ..... z siedzibą przy  
ul. .... w ..... REGON Pracodawcy:  
..... NIP Pracodawcy: ..... niniejszym na podstawie § 5 ust.  
1 ..... Uchwały Nr  
.../V/2022 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia ..... 2022 roku  
w sprawie zasad refundowania kosztów związanych z wykonywaniem zadań przez członków organów Krajowej Izby  
Diagnostów Laboratoryjnych, Rzecznika Dyscyplinarnego i jego zastępcę a także inne osoby zaproszone lub  
wykonujące czynności zlecone przez organy Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych oraz w sprawie zasad zwrotu  
utrąconego zarobku na rzecz diagnosty laboratoryjnego prowadzącego działalność gospodarczą lub świadczącego  
pracę za okres wykonywania zadań na rzecz samorządu zawodowego w zakresie związanym z wykonywaniem zawodu  
diagnosty laboratoryjnego w związku z ..... realizacją ..... zadania

powierzonego mi przez .....  
wnioskuję o zwrot kwoty stanowiącej równowartość utraconego zarobku za czas niemożności świadczenia pracy na  
rzecz ww. Pracodawcy, spowodowany wykonywaniem tego zadania za okres od  
dnia ..... do dnia ..... co stanowi łączną ilość ..... dni  
pracujących, w trakcie których nie miałem/-am możliwości świadczenia pracy w zakresie związanym z  
wykonywaniem zawodu diagnosty laboratoryjnego.

Zwrot kwoty stanowiącej równowartość utraconego zarobku za czas niemożności świadczenia pracy na rzecz  
ww. Pracodawcy proszę wpłacić na mój rachunek bankowy nr:

.....

Załączam jednocześnie zaświadczenie wydane przez ww. Pracodawcę określające średnią kwotę utraconego  
wynagrodzenia brutto za dzień/dni niewykonywania pracy na rzecz mojego Pracodawcy.

Miejscowość, data

Podpis wnioskującego

Załącznik Nr 4 do Uchwały Nr 179/V/2022 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 9 czerwca 2022 roku w sprawie zasad refundowania kosztów związanych z wykonywaniem zadań na rzecz Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych.

## OŚWIADCZENIE O PONIESIONYCH KOSZTACH

Ja, niżej podpisany/-a, .....  
zamieszkały/-a przy ulicy ..... w .....

niniejszym oświadczam, że poniosłem/-am wydatki w celu realizacji zadań określonych w § 1 ust. 1 Uchwały Nr .V/2022 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia .....2022 roku w sprawie zasad refundowania kosztów związanych z wykonywaniem zadań przez członków organów Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych, Rzecznika Dyscyplinarnego i jego zastępcę a także inne osoby zaproszone lub wykonujące czynności zlecone przez organy Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych oraz w sprawie zasad zwrotu utraconego zarobku na rzecz diagnosty laboratoryjnego prowadzącego działalność gospodarczą lub świadczącego pracę za okres wykonywania zadań na rzecz samorządu zawodowego w zakresie związanym z wykonywaniem zawodu diagnosty laboratoryjnego. Koszty zostały poniesione w celu:

w dniach od ..... do .....

do miejsca: .....

Wydatki obejmują (niepotrzebne skreślić):

- koszt za bilet II klasy pociągu osobowego / pośpiesznego / IC (ewentualnie z uwzględnieniem rezerwacji miejsca siedzącego): ..... zł,
  - koszty przejazdów środkami publicznej komunikacji miejscowej: ..... zł,
  - koszty wyżywienia (pełne doby): ..... zł,
  - koszt przejazdu do w/w miejsca: ..... zł, ..... km (dojazd),
  - koszt przejazdu z w/w miejsca: ..... zł, ..... km (powrót),
  - koszty noclegów: ..... zł,
  - opłata za bagaż: ..... zł,
  - koszty za bilet kolejowy I klasy pociągu: ..... zł,
  - koszty za transport lotniczy: ..... zł,
  - inne: ..... (jakie?), ..... zł,
- opiewające łącznie na kwotę: ..... zł,

Jednocześnie oświadczam, że wyżej wymienione wydatki nie były i nie będą przeze mnie zaliczone do kosztów uzyskania przychodów.

Zwrot z tytułu niemożności wykonywania świadczenia pracy proszę wpłacić na mój rachunek bankowy nr .....

Miejscowość, data

Podpis wnoszącego  
o zwrot poniesionych kosztów