



SZPITAL SPECJALISTYCZNY NR 1

ul. Żeromskiego 7, 41-902 Bytom

Tel.: (032) 39 63 200 Fax.: (032) 39 63 251
NIP: 626-034-01-73 REGON: 270235840 KRS 0000079907
Konto: ING o/Bytom 58 1050 1230 1000 0023 5039 0619
e-mail: info@szpital1.bytom.pl www.szpital1.bytom.pl



Załącznik Nr 1 do Zarządzenia Wewnętrznego Nr 14/2017

Bytom, dnia

.....
(nazwisko i imię)

.....
(stanowisko)

Sz.P. Dyrektor
Szpitala Specjalistycznego Nr 1 w Bytomiu

.....
(pieczęć komórki organizacyjnej)

WNIOSEK O UDZIELENIE ZGODY NA PŁATNĄ USPRAWIEDLIWIONĄ NIEOBECNOŚĆ W PRACY

1. Informacje dotyczące wyjazdu **: O krajowy O zagraniczny

miejsowość/miejsce docelowe wyjazdu :

termin wyjazdu :

cel wyjazdu * :

temat :

.....
(osoba wyznaczona do pełnienia zastępstwa)

.....
(podpis wnioskodawcy)

2. Akceptacja wniosku:

Decyzja bezpośredniego przełożonego

nie wyrażam zgody wyrażam zgodę

.....
(podpis i pieczęć przełożonego)

Decyzja Dyrektora

nie wyrażam zgody wyrażam zgodę

.....
(podpis i pieczęć Dyrektora)

* cel wyjazdu powinien zostać opisany z uwzględnieniem charakteru uczestnictwa (np. słuchacz, prelegent).

** właściwie zaznaczyć