Szczecin, …………….

..............................................................

*pieczątka jednostki PUM*

**Prorektor ds. Nauki**

**Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego**

**w Szczecinie**

**POTWIERDZENIE WYKONANIA ZADAŃ – DODATEK**

Potwierdzam, że Pani/Pan zatrudniona/y w.………………………………na stanowisku …………………………wykonała następujące czynności: …………………………………………………………………………………………………………..

Kwota brutto do wypłaty wynosi

Termin wykonania dodatkowych zadań:

Źródło finansowania:

|  |  |
| --- | --- |
| **PODPISY** | |
| **Podpis pracownika**  (podpis i pieczęć, data) | **Akceptacja kierownika jednostki/kierownika projektu wewnętrznego**  (podpis i pieczęć, data) |
| **Potwierdzenie środków Dział Nauki i Współpracy z Zagranicą**  (podpis i pieczęć, data) | **Potwierdzenie przez Prorektora ds. Nauki/Dziekana**  (podpis i pieczęć, data) |