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) |