…………..…………………….*,* …..………………..

 *miejscowość data*

**NOTA KSIĘGOWA**

nr: ……………………..

z dnia: ………………...

oryginał/kopia[[1]](#footnote-1)

**Wystawca: Odbiorca:**

Prosimy o zgodne z nami zaksięgowanie następujących pozycji:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Obciążyliśmy | Treść | Uznaliśmy |
|  | Refundacja kosztów badań lekarskich uczestnika projektu …………………… (imię i nazwisko uczestnika)W związku ze szkoleniem ………………(podać nazwę szkolenia) |  |

Słownie złotych:……………………………………………………………………………………………….

**Należność prosimy przelać na rachunek bankowy:**

Bank:…………………………………………………………………………………………………………………

Nr rachunku:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

…………….…………… …………….……………

 **wystawiający** **akceptujący**

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)