Załącznik do zarządzenia Nr 10/2018
Annex to Internal Policy No. 10/2018

z dnia 31 sierpnia 2018 r. /

 dated 31 August 2018

**WNIOSEK / APPLICATION**

**w sprawie zwrotu kosztów zakupu okularów korygujących wzrok
/ *regarding the cost of corrective prescription glasses reimbursement***

1. ……………………………………………………..………

 (imię i nazwisko pracownika / name and surname of the employee)

1. ………………………………………………….…………

 (komórka organizacyjna / organizational unit)

Na podstawie § 8 ust. 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 1 grudnia 1998 r.
w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy na stanowiskach wyposażonych w monitory ekranowe proszę o zwrot kosztów zakupu okularów korygujących wzrok do pracy przy obsłudze monitora ekranowego wg. kwoty refundacji ustalonej dla pracowników Międzynarodowego Instytutu Biologii Molekularnej i Komórkowej (Dz.U. Nr 148 poz. 973) /

*Pursuant to § 8 (2) of the Regulation of the Minister for Labour and Social Policy dated 1 December 1998 on occupational safety and health concerning personnel working with computer monitors (Journal of Laws No. 148, item 973) I hereby apply for a reimbursement of the corrective prescription glasses expenses (to be used when working with computer screens).*

**Oświadczenie pracownika / Employee declaration**

Oświadczam, że /I declare that:

1. okulary zostały zakupione zgodnie z zaleceniem lekarza medycyny pracy w ramach badań profilaktycznych/ *the prescription glasses have been purchased according to occupational medicine physician’s recommendation issued within the framework of preventive health care examinations,*
2. wykonuję pracę przy monitorze ekranowym przez co najmniej połowę dobowego czasu pracy / *I work at the computer monitor for at least half of his/her standard daily working time*

Do wniosku załączam: */ I enclose herewith*:

1. Fakturę VAT / rachunek / *a receipt*/VAT invoice z dnia / *dated* ……………………………………..
2. Aktualne zaświadczenie wydane przez lekarza medycyny pracy zalecające stosowanie okularów korygujących wzrok podczas pracy przy monitorze ekranowym. / *A current certificate issued by an occupational medicine physician, recommending the use of corrective prescription glasses while working with computer screen.*

………………………………..………………………………………..

(data i podpis pracownika/*date and employee’s signature*)