**Załącznik nr 4j**

**WZÓR NOTY KSIĘGOWEJ**

Wystawca:

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

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

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

NIP ………………………………………….

Adresat

Uniwersytet Medyczny

Im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Ul. Fredry 10, 60-701 Poznań

NIP: 777-00-03-104

**NOTA KSIĘGOWA NR.… Z DNIA ……….**

Prosimy o zgodne z nami zaksięgowanie następujących pozycji:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Obciążyliśmy** | **TREŚĆ** | **Uznaliśmy** |
| *(Pełna kwota)* | Obciążamy projekt „Uniwersytet z Misją - Zintegrowany Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu” nr umowy POWR.03.05.00-00-Z068/18 kosztami wynagrodzeni za opiekuna stażu: *…………………………(Nazwiska opiekunów)* w podziale na: |  |
| *(kwota)* | Słownie: ………………………  Tytułem: wynagrodzenie |  |
| *(kwota)* | Słownie: ………………………….  Tytułem: składka na ubezpieczenie emerytalne |  |
| *(kwota)* | Słownie: ………………………  Tytułem: składka na ubezpieczenie rentowe |  |
| *(kwota)* | Słownie: ………………………  Tytułem: składka chorobowa |  |
| *(kwota)* | Słownie: ………………………  Tytułem: składka wypadkowa |  |
| *(kwota)* | Słownie: ………………………  Tytułem: fundusz pracy |  |
| *(kwota)* | Słownie: ………………………  Tytułem: składka zdrowotna odliczona od podatku |  |
| *(kwota)* | Słownie: ………………………  Tytułem: zaliczka na podatek |  |
| *(kwota)* | Słownie: ………………………  Tytułem: składka zdrowotna potrącona |  |

**Do zapłaty: ……………………….PLN Słownie: ……………………………………….**

Należność prosimy przekazać na konto bankowe w terminie 14 dni od daty otrzymania noty

Numer rachunku: …………………………………………………………………………………………………………..…….

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wystawił

**Załączniki:**

* Listy płac i potwierdzenie przelewu na konta
* Potwierdzenie przelewu składek ZUS i US ujętych w nocie obciążeniowej wraz z oświadczeniem dotyczącym przelewów
* Oświadczenie pracownika dotyczące otrzymania przelewu
* Oświadczenie Firmy dotyczące opłacenia składek ZUS i US