

**WNIOSEK**  
**o zwrot kosztów zakupu okularów korygujących wzrok**

**1. Dane wnioskodawcy**

- a) imię i nazwisko .....
- b) jednostka organizacyjna (wydział/biuro) .....
- c) do wniosku dołączam rachunek/fakturę\* nr ..... z dnia .....  
na zakup okularów korygujących wzrok oraz zalecenie lekarskie, stwierdzające  
potrzebę stosowania okularów korygujących wzrok podczas pracy.
- d) zwrot kosztów: gotówką/przelewem\*

.....  
(data i podpis pracownika)

**2. Opinia dyrektora wydziału/kierownika biura**

Potwierdzam, że Pan/Pani\* ..... pracuje  
na stanowisku wyposażonym w monitor ekranowy przez co najmniej połowę  
dobowego wymiaru czasu pracy.

.....  
(data i podpis dyrektora)

**3. Opinia służby bezpieczeństwa i higieny pracy**

Potwierdzam, że Pan/Pani\* ..... spełnia  
warunki do otrzymania zwrotu kosztów zakupu okularów korygujących wzrok  
w wysokości .....

.....  
(data i podpis pracownika służby bhp)

**4. Wypłata zwrotu kosztów zakupu okularów korygujących wzrok następuje przelewem na konto osobiste lub w kasach prowadzonych przez bank obsługujący budżet Gminy Miasto Szczecin oraz jej jednostek organizacyjnych.**

\*niepotrzebne skreślić