

Załącznik do zarządzenia Nr ....  
 Dyrektora Samodzielnego Publicznego  
 Zakładu Opieki Zdrowotnej  
 Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego  
 im. J. Śniadeckiego w Białymstoku  
 z dnia ...21.02..... 2024 r.

WZÓR

**CZĘŚĆ A (wypełnia wnioskodawca)**

.....  
*Imię i nazwisko pracownika*

.....  
*stanowisko*

.....  
*Nazwa komórki organizacyjnej*

**WNIOSEK**

I. Zwracam się z wnioskiem o refundację kosztów poniesionych w związku z zakupem okularów\*/szkieł kontaktowych\* korygujących wzrok, przeznaczonych do pracy przy obsłudze monitora ekranowego.

Oświadczam, że pracuję przy monitorze ekranowym co najmniej połowę dobowego wymiaru czasu pracy.

II. W załączeniu oryginał imiennej faktury VAT\*/rachunku imiennego\* za zakupione okulary\*/szkła kontaktowe\* korygujące wzrok.

.....  
*data i podpis pracownika*

Potwierdzam wyżej wymieniony czas pracy przy monitorze ekranowym.

.....  
*Data, podpis i pieczęć bezpośredniego przełożonego*

**CZĘŚĆ B (wypełnia pracownik służby BHP)**

W orzeczeniu lekarskim, lekarz medycyny pracy stwierdził na podstawie przeprowadzonych badań profilaktycznych potrzebę stosowania okularów\*/szkieł kontaktowych\*/korygujących wzrok lub konieczność wymiany okularów\* podczas pracy przy obsłudze monitora ekranowego.

Pracownik spełnia warunki refundacji kosztów.

.....  
*Data, podpis i pieczęć pracownika służby BHP*

\*Niepotrzebne skreślić