



AMAZON FULFILLMENT POLAND Sp. z o.o.

Ul. Poznańska 1d
62-080 Sady
NIP PL 5252546391

**WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW ZAKUPU:
OKULARÓW KOREKCYJNYCH LUB SZKIEŁ KONTAKTOWYCH***

Imię/Name	
Nazwisko/Last name	
Login	

I. Wypełnia Pracownik:

Wniosuję o zwrot kosztów zakupu:

- a) okularów korekcyjnych b) szkielek kontaktowych *

Jednocześnie oświadczam, że żadne z powyższych nie zostały przeze mnie zakupione i nie otrzymałem(łam) zwrotu kosztu ich zakupu w ciągu ostatnich 24 miesięcy.

Zobowiązuję się do używania okularów korekcyjnych lub szkielek kontaktowych podczas pracy z monitorem ekranowym.

Do wniosku załączam:

- kopię orzeczenia otrzymanego podczas badań medycyny pracy zawierającą adnotację o konieczności korzystania z okularów korekcyjnych lub szkielek kontaktowych, lub szkielek korekcyjnych;
- kopię dowodu zakupu wyżej wymienionych.

Poniesiony koszt według rachunku/faktury VAT wynosi zł.

Maksymalny zwrot kosztu zakupu wynosi 350 zł.

.....
(data i podpis pracownika)

*Niepotrzebne skreślić

II. Wypełnia Pracownik Działu Personalnego:

Potwierdzam:

- pracownik wykonuje pracę na stanowisku wymagającym obsługi monitora ekranowego powyżej połowy dobowego wymiaru czasu pracy;
- wydanie przez lekarza medycyny pracy zalecenia wykonywania pracy w okularach korekcyjnych lub szklach kontaktowych, lub szkieł korekcyjnych.
- pracownik nie otrzymał zwrotu kosztów zakupu okularów korekcyjnych lub szkieł kontaktowych w ciągu ostatnich 24 miesięcy.

.....
(data i podpis pracownika Działu Personalnego)