

.....  
PIECZĘĆ WYSTAWCY

NIP: .....

Bank: .....

Konto:

**Nabywca:** Miasto Ruda Śląska Plac Jana  
Pawła II 6 41-709 Ruda Śląska  
NIP: 641-10-05-769

**Odbiorca:** Centrum Kształcenia  
Zawodowego w Rudzie Śląskiej ul. Hallera 6  
41-709 Ruda Śląska

□□ - □□□□ - □□□□ - □□□□ - □□□□ - □□□□ - □□□□

## NOTA KSIĘGOWA obciążeniowo-uznaniowa

nr ..... z dnia .....

ORYGINAŁ/KOPIA

Obciążyliśmy (zł)	Treść	Uznaliśmy (zł)
	refundacja pracodawcy dodatku do wynagrodzenia opiekuna praktykanta/stażysty zgodnie z zał. 9 „Wniosek Pracodawcy o refundację pracodawcy dodatku do wynagrodzenia opiekuna praktykanta lub stażysty”  ..... (IMIĘ I NAZWISKO OPIEKUNA)  .....  ..... (IMIĘ I NAZWISKO STAŻYSTY/PRAKTYANTA lub STAŻYSTÓW/ PRAKTYKANTÓW)  Zgodnie z umową nr .....	
	partycypowanie w kosztach organizacji praktyki zawodowej/stażu zawodowego <sup>1</sup>	

Słownie złotych: .....

Termin zapłaty: 30 dni od daty doręczenia

.....  
pieczęć i podpis wystawiającego

<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić