

**část A**

ORGANIZACE

**Karvinská hornická nemocnice a.s.****Zakladatelská 975/22****735 06 Karviná - Nové Město****CESTOVNÍ PŘÍKAZ**

Osobní číslo .....

Útvar .....

Nákl. stf. ....

Telefon, linka .....

1. Příjmení, jméno, titul .....

2. Bydliště .....

Normální pracovní doba

od

do

Počátek cesty (místo, datum, hodina)	Místo jednání	Účel cesty	Konec cesty (místo, datum)

3. Spolucestující .....

4. Určený dopravní prostředek (u vlastního vozidla druh, obsah válců) .....

5. Povolená záloha Kč .....

vyplacená dne .....

6. Povolení pracovní cesty .....

Datum a podpis vedoucího zaměstnance / podpis pracovníka, oprávněného ke schvalování

7. Zpráva o výsledku pracovní cesty .....

se způsobem provedení souhlasí

Datum a podpis vedoucího zaměstnance / podpis pracovníka, oprávněného ke schvalování

**část B****Vyúčtování pracovní cesty**

Cestovní náhrada ve výši .....

**Kč**

Vyplacená záloha

Kč

**Doplatek - přeplatek****Kč**

Slovy: .....

Datum a podpis pracovníka,  
který upravil vyúčtováníDatum a podpis příjemce  
(průkaz totožnosti)Datum a podpis  
pokladníkaPodpis ředitele  
(datum a podpis)

