|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Žádost o vystavení faktury/daňového dokladu pro finanční účtárnu** | | | | |
| **Základní informace** |  | | | |
| Předmět fakturace (text) | Certifikovaný kurz „Ošetřovatelská péče o pacienta se zavedeným portem“ termín konání kurzu | | | |
|
|
| Doplňující údaje (např. č. objednávky, smlouvy apod.) | Jméno účastnice ( účastnic) | | | |
|
| Dílčí částky bez DPH (pokud nejsou uvedeny v příloze) | 3900Kč *– za 1 účastnici* | | | |
|
|
| Celková částka bez DPH: | *Doplnit dle počtu účastnic* | | | |
|
| Nákladové středisko (pro zaúčtování výnosů) | 004722 | | | |
|
| Přílohy, počet listů (nehodící se škrtněte) | NE | | | |
|
| **Odběratel - název** |  | | | |
| Název |  | | | |
| Adresa |  | | | |
| IČ |  | | | |
| DIČ |  | | | |
| Adresa pro doručení faktury: (pokud není shodná s adresou odběratele) |  | | | |
|
| **Žadatel** |  | | | |
| Jméno a příjmení | Bc. Kristýna Jebáčková | | | |
| Telefon | 543 13 6916 | | | |
| Oddělení | Oddělení vzdělávání | | | |
| **Finanční kontrola** | | | | |
| Ověřovatel věcné správnosti (žadatel) | Jméno a příjmení | Datum: | Podpis: | |
| Bc. Kristýna Jebáčková |  |  | |
|
| Příkazce operace: | Jméno a příjmení | Datum: | Podpis: | |
| (v souladu s platnou přílohou Směrnice MOÚ č. 12/2011) | doc. MUDr. Tomáš Kazda, Ph.D. |  |  | |
| Hlavní účetní: | Jméno a příjmení | Datum: | Podpis: |  |
| (v souladu s platnou přílohou Směrnice MOÚ č. 12/2011) | Hana Skulová |  |  | |