|  |
| --- |
| **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 |  |  |