

Varėnos rajono savivaldybės biudžetinių ir
viešųjų įstaigų darbuotojų, dirbančių pagal
darbo sutartis, dalinio kelionės į darbą išlaidų
kompensavimo tvarkos aprašo
2 priedas

(Viešosios sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas, įstaigos kodas, tel. nr., el. p. adresas)

Varėnos rajono savivaldybės administracijos
direktoriui

**PARAIŠKA
DĖL KELIONĖS IŠLAIDŲ KOMPENSACIJOMS IŠMOKĖTI REIKALINGŲ LĖŠŲ**

(Data)

Prašau pervesti kelionės išlaidų kompensacijoms išmokėti reikalingas lėšas už 20__ m.

_____ mėnesį.

_____ Eur, _____
(suma) (suma žodžiais)

į _____.
(banko pavadinimas ir banko sąskaitos numeris)

(Įstaigos vadovo vardas, pavardė)

(Įstaigos vadovo parašas)
