Zał. nr 5

do Zarządzenia nr 75 Rektora UP w Lublinie

z dnia 20 sierpnia 2025 r.

**Wniosek o dodatki kliniczne z tytułu uczestnictwa w działalności lekarsko-weterynaryjnej**

**prowadzonej przez …………………………………………………………………………………. w miesiącu …………………….. roku ………………………………**

(nazwa jednostki/komórka kosztowa)

**dla pracowników klinicznych**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwisko i imię  pracownika  klinicznego | Dodatek z tytułu pełnienia dyżurów lekarskich  Wysokość dodatku brutto (nie więcej niż 50% opłat netto za usługi wykonane w danym miesiącu) | Dodatek z tytułu szczególnego zaangażowania w organizację dyżurów nocnych | Dodatek z tytułu wykonywania dodatkowych czynności, innych niż dyżury lekarskie i dyżury nocne | | Łączna wysokość dodatku klinicznego  brutto (kol.3+kol.4+kol.6) |
| Wykonywane czynności | Wysokość dodatku brutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Łączna proponowana wysokość dodatków klinicznych dla pracowników klinicznych wynosi ………………………………….. zł**

**W/w dodatki płatne z ………………………………………………………………………………………………………………**

(wpisać kod komórki i nazwę źródła finansowania)

Data i podpis kierownika jednostki ………………………………………………………………………………………………………

**Przyznaję dodatki kliniczne w wysokości proponowanej przez kierownika jednostki .**

Data i podpis prodziekana ds. klinicznych i ………………………………………………………………………………………………………