

.....  
( imię i nazwisko użytkownika)

.....  
(stanowisko służbowe/  
wewnętrzna komórka organizacyjna )

.....  
(adres)

.....  
( PESEL)

## O ś w i a d c z e n i e

Oświadczam, że

- 1) zapoznałem/-am się z zarządzeniem nr ..... Prezydenta Miasta Konina z dnia ..... w sprawie zasad, sposobu i trybu przyznawania i korzystania ze służbowych kart płatniczych przy dokonywaniu wydatków oraz zasad rozliczania płatności dokonywanych przy ich wykorzystaniu w Urzędzie Miejskim w Koninie oraz Regulaminem banku oraz zobowiązuję się do ścisłego przestrzegania tych przepisów,
- 2) przyjmuję do wiadomości, że ponoszę materialną odpowiedzialność za środki pieniężne pobrane z rachunku bankowego miasta Konina,
- 3) zobowiązuję się do terminowego rozliczania środków pieniężnych pobranych z rachunku bankowego miasta Konina za pośrednictwem służbowej karty płatniczej i w związku z tym przyjmuję do wiadomości, że niedokonanie terminowego rozliczenia stanowi naruszenie obowiązków pracowniczych,
- 4) wyrażam zgodę na potrącenie z mojego wynagrodzenia za pracę środków pieniężnych pobranych z rachunku bankowego miasta Konina i nierozliczonych w obowiązującym terminie.

.....  
( data, podpis użytkownika)