

W przypadkach wymagających naszej pomocy za granicą prosimy o kontakt z Centrum Alarmowym
tel. +48 58 309 11 00



POLISA

Nr polisy Policy number	Początek okresu ubezpieczenia	Koniec okresu ubezpieczenia To	Data wystawienia Issue date
170327924	2017-06-08	2017-06-15	2017-05-16

Ubezpieczający:

Nazwa firmy	Ulica	Kod	Miasto	NIP
POWIAT GOŁDAPSKI	KRÓTKA 1	19-500	GOŁDAP	847-151-69-48

Zakres terytorialny: Świat

LP.	Osoba ubezpieczona	Ubezpieczenie	Kod taryfy	Składka w PLN
1.	GOŁĘBICKI ROBERT	Pakiet TIP Plus	PTB304	54.40
2.	GÓRSKI RAFAŁ	Pakiet TIP Plus	PTB304	54.40

RAZEM: 108.80 PLN

Pakiety 'Student' mogą być sprzedawane wyłącznie osobom do 18 roku życia, bądź - jeżeli kontynuują naukę - do 24 roku życia.

Wystawiający:

Nr agencji: 005553000000

Niniejszym oświadczam, iż przed zawarciem umowy ubezpieczenia zapoznałem(am) się z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia Beztroskie Podróże Nr 10.10.008, oraz oświadczam, że ich treść jest mi znana, akceptuję je i zobowiązuję się do poinformowania o ich treści osób Ubezpieczonych.

Oświadczam, że zostałem poinformowany, że administratorem danych osobowych podanych na polisie jest Europäische Reiseversicherung AG z siedzibą w Monachium Oddział w Polsce, Gdańsk 80-748, ul. Chmielna 101/102. Dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych w celu zawarcia i realizacji umowy ubezpieczenia. Podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne do zawarcia i realizacji umowy i przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawiania.

Upoważniam każdego lekarza, każdy zakład opieki zdrowotnej, osoby fizyczne wykonujące zawód medyczny, grupowe praktyki lekarskie, grupowe praktyki pielęgniarek lub położnych, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych i przedstawicieli organu ubezpieczeń społecznych do udzielenia informacji oraz do udostępnienia pełnej dokumentacji Europäische Reiseversicherung AG z siedzibą w Monachium Oddział w Polsce o stanie mojego zdrowia, przebiegu mojego leczenia lub przyczynach zgonu, koniecznych do rozpatrzenia roszczenia o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego.

Spory wynikające z zawartej umowy ubezpieczenia mogą być rozpatrywane przez sądy według właściwości ogólnej albo sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, uprawnionego lub osoby uprawnionej.

Podmiotem uprawnionym właściwym do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami dla Europäische Reiseversicherung AG z siedzibą w Monachium działającego przez Oddział w Polsce jest Rzecznik Finansowy (Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa; www.rf.gov.pl).

Polisa ubezpieczeniowa jest dokumentem, który uznaje się jako fakturę zgodnie z definicją art. 2 pkt 31 ustawy o podatku od towarów i usług z 11 marca 2004 r. oraz § 3 pkt 2 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 3 grudnia 2013 r. w sprawie wystawiania faktur, gdyż zawiera wszelkie dane wymagane ustawą i przepisami wydanymi na jej podstawie.

Gołdap, 16.05.2017

Data i miejsce/
Date and city

Anna Podubanka

Podpis ubezpieczającego/
Signature of policy holder

[Signature]

Podpis i pieczęć wystawiającego/
Issued by (signature)

Wydatek zakupu ubezpieczenia zdrowotnego został poniesiony w związku z udziałem przedstawicieli Powiatu Gołdapskiego w XVII Międzynarodowym Spływie Kajakowym Łyna – Ława. Uczestnikami Spływu będą: Robert Gołębicki oraz Rafał Górski.

Koszt Polisy Nr 170327924 Robert Gołębicki oraz Rafał Górski - 108,80 złotych

Wydatek w kwocie 54,40 złotych należy pokryć z rozdziału 75019 § 3030 (Rafał Górski)

Wydatek w kwocie 54,40 złotych należy pokryć z rozdziału 75020 § 4430 (Robert Gołębicki)

SPRAWDZONO
pod względem merytorycznym,
legalności, celowości i gospodarności

Anne Podlubonka

NACZELNIK
Wydziału Organizacyjnego

mgr Anna Urszula Makowska

Wydatek strukturalny jest/nie jest

Obszar: Kod:

Kwota: 01

Słownie:

17.05.2017, (data i podpis osoby upoważnionej)

17.05.2017

17.05.2017, SPRAWDZONO
(data i podpis osoby upoważnionej) pod względem formalno-rachunkowym

(data i podpis osoby upoważnionej)

Konto Wn	Symbol podz. klasyfikacji	Kl. z:	Konto
409-75019-3030		54,40	234-01
409-75020-4430		54,40	234-01
Do wypłaty/zwrotu		108,80	
Sporządził:			
Dokonano wstępnej kontroli zgodności operacji gospodarczych i finansowych z planem finansowym oraz kompletności i rzetelności dokumentów, do ujęcia			
w ewidencji księgowej w miesiącu 05.2017 zgodnie			
z powyższą deklaracją. Data 17.05.2017 Podpis Rafał			

Świerdzam, że zamówienia dokonano zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych oraz że nie narusza ono zasad, form i trybu zamówień publicznych.

(data i podpis osoby upoważnionej)
17.05.2017

ZATWIERDZAM do wypłaty/zwrotu

Źródło finansowania:

Dział: 750 Rozdział: 75019 § 3030 - 54,40 zł

Dział: 750 Rozdział: 75020 § 4430 - 54,40 zł

Dział: Rozdział: § - zł

Dział: Rozdział: § - zł

17.05.2017 108,80 zł

Data Podpis