

**Centro risorse**

**canale indiretto**

|  |
| --- |
| **Descrizione**Il Modulo di nota spese assicura che distributori e agenti documentino in modo appropriato lo scopo commerciale e l'approvazione delle spese sostenute dai dipendenti (ad es. le spese dichiarate dai dipendenti). |

**Istruzioni**

1. Fornire il Modulo di nota spese ai dipendenti e assicurarsi che siano a conoscenza delle politiche di rimborso spese, delle procedure e dei dettagli delle transazioni applicabili (ad es. nomi dei partecipanti, motivo della spesa) che devono essere rispettati.
2. Accertarsi che i dipendenti responsabili dell'approvazione delle note spese sappiano come controllare il Modulo di nota spese e la documentazione di
supporto richiesta (ad es. le ricevute).
3. Seguire la politica aziendale sulla compilazione e l'invio delle note spese.

**Benefici**

La documentazione delle note spese aiuta a garantire che i libri e i registri contabili riflettano in modo accurato ed equo le transazioni aziendali con dettagli ragionevoli. Aiuta inoltre a garantire visibilità sulle spese aziendali sostenute dai dipendenti e consente di soddisfare gli eventuali obblighi di rendicontazione all'interno della propria regione/del proprio Stato.

**Altra documentazione da considerare**

* Politica relativa a viaggi e spese

**Modulo di nota spese**

*Versione 1.0*

**MODULO DI NOTA SPESE**

Data di presentazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome dipendente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Titolo del dipendente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data di spesa** | **Tipo di spesa** (ad es. pasti, viaggi) | **Motivo della spesa** | **Metodo di pagamento** *(contanti o carta di credito)* | **Importo totale** (e valuta) | **Nome del venditore** | **Stato del venditore** | **Relativo a HCP**[[1]](#footnote-1)**/ GO**[[2]](#footnote-2)(S o N) | **Se evento o pasto, # di partecipanti** (incluso te stesso) | **Nomi dei partecipanti e ospedale/ente affiliato** (se applicabile)  |
| ***Esempio:****6 maggio 2019* | *Cena con HCP* | *Cena con il Dr. John Smith per discutere il nuovo portafoglio prodotti* | *Contanti* | *76,42 INR* | *Ristorante Nuova Delhi* | *India* | *S* | *2* | *John Smith -* *BLK Hospital*  |
| ***Esempio:****7 maggio 2019* | Viaggio d'affari | *Biglietto del treno per l'ufficio* | *Carta di credito* | *30 INR* | *Treno di Nuova Delhi* | *India* | *No* | *1* |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Si prega di allegare tutte le ricevute dettagliate originali

Dichiaro che tutte le spese di cui sopra hanno uno scopo commerciale legittimo e non sono state precedentemente rimborsate.

Firma del dipendente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome supervisore: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del supervisore: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Operatore sanitario (HCP) [↑](#footnote-ref-1)
2. Funzionario pubblico (GO) [↑](#footnote-ref-2)