

**Pośrednik**

**Centrum zasobów**

**Instrukcje**

1. Należy udostępnić Formularz raportowania wydatków pracownikom i upewnić się, że znają odpowiednie polityki refundacji wydatków, procedur i szczegółów transakcji (np. imiona i nazwiska uczestników, powodu poniesienia wydatku), które należy wypełnić.
2. Należy upewnić się, że pracownicy odpowiedzialni za zatwierdzanie raportów wydatków rozumieją, jak kontrolować Formularz raportowania wydatków i wymagane dokumenty potwierdzające (np. paragony).
3. Należy przestrzegać polityki spółki w zakresie wypełniania i przedkładania raportów wydatków.

**Inne dokumenty, jakie należy rozważyć**

* Polityka dotycząca podróży i wydatków

**Możliwe korzyści**

Dokumentowanie raportów wydatków pomoże zagwarantować, że dokumenty księgowe będą dokładnie i wiernie odzwierciedlać transakcje spółki z wystarczającym poziomem szczegółowości. Pomoże także zapewnić przejrzystość wydatków biznesowych ponoszonych przez pracowników i umożliwi spełnienie wymagań dotyczących raportowania w danym rejonie/kraju, o ile takie istnieją.



|  |
| --- |
| **Opis**Formularz raportowania wydatków gwarantuje, że dystrybutorzy/przedstawiciele odpowiednio dokumentują cel biznesowy i zatwierdzenie wydatków ponoszonych przez pracowników (tj. wydatków zgłaszanych przez pracowników). |

**Formularz raportowania wydatków**

*Wersja 1.0*

**FORMULARZ RAPORTOWANIA WYDATKÓW**

Data złożenia wniosku: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imię i nazwisko pracownika: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Stanowisko pracownika: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data wydatku** | **Typ wydatku** (np. posiłki, podróż) | **Powód wydatku** | **Metoda płatności** *(gotówka lub karta kredytowa)* | **Całkowita kwota** (i waluta) | **Nazwa sprzedawcy** | **Kraj sprze-dawcy** | **Powiązany z HCP**[[1]](#footnote-1)**/ GO**[[2]](#footnote-2)(T lub N) | **W przypadku wydarzenia lub posiłku — liczba uczestników** (wraz z Panem/Panią) | **Imiona i nazwiska uczestników i afiliacje szpitalne/placówka** (jeśli dotyczy)  |
| ***Przykład:****6 maja 2019 r.* | *Obiad z HCP* | *Obiad z Dr. Johnem Smithem w celu omówienia nowego portfolio produktów* | *Gotówka* | *76,42 INR* | *Restauracja w New Delhi* | *Indie* | *T* | *2* | *John Smith —* *Szpital BLK*  |
| ***Przykład:****7 maja 2019 r.* | Podróż służbowa | *Bilet kolejowy do biura* | *Karta kredytowa* | *30 INR* | *Pociąg do New Delhi* | *Indie* | *Nie* | *1* |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Należy dołączyć wszystkie oryginalne paragony z wyszczególnieniem pozycji

Zaświadczam, że wszystkie powyższe wydatki miały zgodny z prawem cel biznesowy i nie zostały wcześniej zrefundowane.

Podpis pracownika: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imię i nazwisko przełożonego: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis przełożonego: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Pracownik opieki zdrowotnej (HCP) [↑](#footnote-ref-1)
2. Urzędnik państwowy (GO) [↑](#footnote-ref-2)