

.....
Nazwa jednostki/osoby prawnej

.....
.....
Adres

EWIDENCJA SŁUŻBOWYCH KART PŁATNICZYCH

Lp	Numer karty płatniczej	Imię i nazwisko pracownika dysponującego kartą	Limit karty (dzienny/ miesięczny)	Okres ważności karty	Data przekazania karty pracownikowi	Potwierdzenie odbioru karty ¹	Data zwrotu karty przez pracownika	Potwierdzenie zwrotu karty ²
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								

¹ podpis pracownika odbierającego kartę

² podpis pracownika przyjmującego zwrot karty