

Warszawa, dnia 12 września 2025 r.

Poz. 11

ZARZĄDZENIE NR 11/25
SZEFA CENTRALNEGO BIURA ANTYKORUPCYJNEGO

z dnia 12 września 2025 r.

zmieniające zarządzenie w sprawie refundacji kosztów zakupu okularów lub szkieł kontaktowych korygujących wzrok funkcjonariuszom i pracownikom Centralnego Biura Antykorupcyjnego

Na podstawie art. 10 ust. 3 ustawy z dnia 9 czerwca 2006 r. o Centralnym Biurze Antykorupcyjnym (Dz. U. z 2025 r. poz. 712 i 718) zarządza się, co następuje:

§ 1. W zarządzeniu nr 12/24 Szefa Centralnego Biura Antykorupcyjnego z dnia 19 lipca 2024 r. w sprawie refundacji kosztów zakupu okularów lub szkieł kontaktowych korygujących wzrok funkcjonariuszom i pracownikom Centralnego Biura Antykorupcyjnego (Dz. Urz. CBA poz. 12) wprowadza się następujące zmiany:

1) § 4 i § 5 otrzymują brzmienie:

„§ 4. Refundacja przysługuje w wysokości nieprzekraczającej 850 złotych.

§ 5. O refundację można ubiegać się nie częściej niż raz na dwa lata, chyba że częstsza refundacja jest uzasadniona wynikami badań okulistycznych.”;

2) załącznik do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku do niniejszego zarządzenia.

§ 2. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.

Szef Centralnego Biura Antykorupcyjnego

Tomasz Strzelczyk

Załącznik do zarządzenia Nr 11/25

Szefa Centralnego Biura Antykorupcyjnego

z dnia 12 września 2025 r.

Wzór

WNIOSEK

o refundację kosztów zakupu okularów lub szkieł kontaktowych korygujących wzrok

1. Dane wnioskodawcy

- 1) imię i nazwisko _____
- 2) numer id _____
- 3) jednostka organizacyjna CBA _____
- 4) w przypadku ubiegania się o refundację częściej niż raz na 2 lata – zaświadczenie lekarskie o zmianie wady wzroku wymagającej wymiany szkieł korekcyjnych
- 5) rachunek/faktura* nr _____ z dnia _____ na zakup okularów lub szkieł kontaktowych korygujących wzrok

(data i podpis funkcjonariusza/pracownika*)

2. Opinia bezpośredniego przełożonego

Potwierdzam, że _____ pełni służbę/świadczy pracę* na stanowisku wyposażonym w monitor przez co najmniej połowę dobowego wymiaru czasu służby/pracy*

(data, pieczęć imienna i podpis)

3. Opinia dyrektora Biura Kadr i Szkolenia

Potwierdzam, że _____ spełnia warunki do otrzymania zwrotu kosztów zakupu okularów lub szkieł kontaktowych korygujących wzrok w wysokości _____ zł.

(data, pieczęć imienna i podpis)

*niepotrzebne skreślić