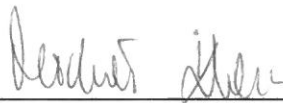


**UCHWAŁA NR 54/2025/Z
ZARZĄDU SPÓŁDZIELNI MIESZKANOWEJ LOKATORSKO-WŁASNOŚCIOWEJ
WE WŁADYSŁAWOWIE
Z DNIA 5 LISTOPADA 2025 ROKU
W PRZEDMIOCIE PRZYJĘCIA
REGULAMINU W SPRAWIE REFUNDACJI KOSZTÓW ZAKUPU
OKULARÓW LUB SZKIEŁ KONTAKTOWYCH KORYGUJĄCYCH WZROK
PRACOWNIKOM ZATRUDNIONYM NA STANOWISKACH WYPOSAŻONYCH
W MONITORY EKRANOWE**

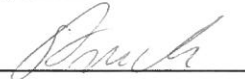
1. Zarząd Spółdzielni niniejszym uchwala regulamin w sprawie refundacji kosztów zakupu okularów lub szkieł kontaktowych korygujących wzrok pracownikom zatrudnionym na stanowiskach wyposażonych w monitory ekranowe stanowiący załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.
2. Uchwała została podjęta jednomyślnie przez cały Zarząd w głosowaniu jawnym.
3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Podpisy:

Michał Klein – Prezes Zarządu -



Magdalena Struck – Z-ca Prezesa Zarządu -



**Regulamin
w sprawie refundacji kosztów zakupu
okularów lub szkieł kontaktowych korygujących wzrok
pracownikom zatrudnionym na stanowiskach wyposażonych w monitory ekranowe**

Na podstawie § 8 ust. 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy na stanowiskach wyposażonych w monitory ekranowe (Dz.U. 1998 r. Nr 148, poz. 973.) w zw. z art. 207 § 2 oraz art. 212 pkt. 6 Kodeksu pracy, zarządza się, co następuje:

§ 1

Pracownikom zatrudnionym na stanowiskach wyposażonych w monitory ekranowe, zapewnia się okulary lub szkła kontaktowe korygujące wzrok, jeżeli:

- pracownik użytkuje w czasie pracy monitor ekranowy co najmniej przez połowę dobowego wymiaru czasu pracy, oraz
- wyniki badań okulistycznych przeprowadzonych w ramach profilaktycznej opieki zdrowotnej wykażą potrzebę ich stosowania podczas pracy przy obsłudze monitora ekranowego.

§ 2

1. Pracownik nabywa prawo do refundacji kosztów zakupu okularów lub szkieł kontaktowych korygujących wzrok na podstawie:

- a. zalecenia lekarskiego, wydanego przez lekarza medycyny pracy w ramach profilaktycznych badań lekarskich przeprowadzonych w przychodni, z którą pracodawca ma zawartą umowę;
- b. wniosku o refundację, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do zarządzenia;
- c. dowodu zakupu okularów lub szkieł kontaktowych korygujących wzrok.

2. Kwota refundacji kosztów zakupu okularów lub szkieł kontaktowych korygujących wzrok dla pracowników wynosi 300,00 zł (słownie: trzysta złotych), jednak nie więcej niż kwota wykazana na fakturze stanowiącej załącznik do wniosku pracownika o dofinansowanie.

3. Refundacja kosztów zakupu okularów lub szkieł kontaktowych korygujących wzrok przysługuje nie częściej niż raz na 2 lata.

4. Pracownik nie może się ubiegać o ponowną refundację kosztów zakupu okularów lub szkieł kontaktowych przed upływem terminu 2 lat od daty wypłaty poprzedniego dofinansowania, bez względu na przyczynę ponownego zakupu takich okularów lub szkieł kontaktowych.

§ 3

1. Do wniosku o refundację należy dołączyć kopię imiennej faktury/rachunku, potwierdzającą zakup okularów lub szkieł kontaktowych korygujących wzrok do pracy przy obsłudze monitora ekranowego, co jest podstawą refundacji kosztów w kwocie określonej w § 2 ust. 2, a także kopię orzeczenia lekarskiego, o którym mowa w § 2 ust. 1, wystawionej na swoje imię i nazwisko, co jest podstawą refundacji kosztów w kwocie określonej w § 2 ust. 2.

2. Pracodawca nie refunduje ponownie kosztów zakupu okularów lub szkieł kontaktowych zniszczonych lub zagubionych przez pracownika.

§ 4

Ustala się wzór wniosku o refundację stanowiący załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu.

§ 5

1. Regulamin wchodzi w życie z dniem 5 listopada 2025 roku na mocy uchwały Zarządu nr 54/2025/Z z dnia 5 listopada 2025 roku.

2. Regulamin może być zmieniony lub uzupełniony w takim samym trybie, w jakim został ustanowiony lub przez wprowadzenie nowego regulaminu.

imię i nazwisko

miejscowość, data

stanowisko

**Wniosek
o refundację kosztów zakupu
okularów lub szkieł kontaktowych korygujących wzrok**

Wnoszę o zrefundowanie kosztów zakupu *okularów/szkieł kontaktowych** korygujących wzrok. Oświadczam, że wykonuję pracę związaną z obsługą monitora ekranowego przez co najmniej połowę dobowego wymiaru czasu pracy. Kwotę refundacji proszę wypłacić przelewem na rachunek bankowy wskazany do wypłaty mojego wynagrodzenia.

podpis pracownika

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody:*

podpis przełożonego

**niepotrzebne skreślić*