

**Центр ресурсов**

**для непрямых партнеров**

**Документация**

* Политика в отношении поездок и расходов

**Инструкции**

1. Предоставьте форму отчета о расходах сотрудникам и убедитесь, что они осведомлены о применимых правилах возмещения расходов, процедурах и деталях транзакций (например: Ф. И. О. участников, причина расходов), которые необходимо заполнить.
2. Убедитесь, что сотрудники, ответственные за утверждение отчетов о расходах, понимают, как проверять форму отчета о расходах и необходимую подтверждающую документацию (например, квитанции).
3. Следуйте политике компании в отношении заполнения и отправки отчетов о расходах.

**Какую пользу это приносит вам?**

Документирование отчетов о расходах поможет обеспечить точное и достоверное отражение в бухгалтерских книгах и записях всех транзакций компании с обоснованным уровнем детализации. Это также поможет получить наглядное представление о деловых расходах, понесенных сотрудниками, и позволит выполнить требования к отчетности, если таковые имеются, в вашем регионе или вашей стране.



|  |
| --- |
| **Описание**Форма отчета о расходах гарантирует, что дистрибьюторы/агенты должным образом документируют деловую цель и утверждают расходы, понесенные сотрудниками (т. е. расходы, заявленные сотрудниками). |

**Форма отчета о расходах**

*Версия 1.0*

**ФОРМА ОТЧЕТА О РАСХОДАХ**

Дата подачи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф. И. О. сотрудника: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Должность сотрудника: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата расходов** | **Тип расходов** (например, питание, поездки) | **Причина расходов** | **Метод платежа** (наличными или кредитной картой) | **Общая сумма** (и валюта) | **Название поставщика** | **Страна поставщика** | **Относится к специалистам здравоохранения**[[1]](#footnote-1)**или должностным лицам**[[2]](#footnote-2)(«Да» или «Нет») | **В случае мероприятия или обеда укажите количество участников** (включая себя) | **Имена участников и названия больниц или организаций** (если это применимо)  |
| **Пример:**6 мая 2019 г. | Ужин со специалистом здравоохранения | Ужин с доктором Джоном Смитом для обсуждения нового портфолио продуктов | Наличные | 76,42 индийских рупий | Ресторан в Нью-Дели | Индия | Да | 2 | Джон Смит — госпиталь BLK  |
| **Пример:**7 мая 2019 г. | Деловая поездка | Билет на поезд до офиса | Кредитная карта | 30 индийских рупий | Поезд в Нью-Дели | Индия | Нет | 1 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Приложите все оригинальные детализированные квитанции

Я подтверждаю, что все вышеуказанные расходы имеют правомерную деловую цель и ранее не были возмещены.

Подпись сотрудника: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф. И. О. руководителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись руководителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. HCP (healthcare professional, специалист здравоохранения) [↑](#footnote-ref-1)
2. Должностное лицо [↑](#footnote-ref-2)