

Nr wniosku/.....

Załącznik nr 5 do Regulaminu ZFŚS

Zadroże, dnia

**WNIOSEK
ZAPOMOĞA ZDROWOTNA**

Nazwisko i imię

Adres zamieszkania

Stanowisko słuźbowe

Średni dochód brutto przypadający na osobę w rodzinie wynosizł

(wypelnia Komisja Socjalna w oparciu o oświadczenie o dochodach)

Uzasadnienie wystąpienia o udzielenie pomocy w postaci zapomogi zdrowotnej

.....
.....
.....
.....
.....

.....

(podpis wnioskodawcy)

W dniu przyznaje/nie przyznaje* zapomogę zdrowotną w kwocie
.....zł

słowniezł

Komisja Socjalna:

Dyrektor

1.

.....

2.

3.

**niepotrzebne skreślić*