

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego

.....
Nauczyciel (imię i nazwisko)

.....
Adres zamieszkania, telefon

.....
Czynny pracownik, emeryt, pobierający świadczenie kompensacyjne, rencista – wpisać jedną z możliwości

.....
Nr rachunku bankowego, na który należy przesłać świadczenie zdrowotne

.....
Miejsce pracy (podstawowe) – dla emerytów/rencistów/pobierających świadczenie kompensacyjne były miejsce pracy

Potwierdzenie zatrudnienia przez Dyrektora Szkoły/Placówki, w której ubiegający się o pomoc jest lub był zatrudniony

.....
.....
(pieczętka Szkoły/ Placówki)

.....
.....
(pieczętka i podpis dyrektora Szkoły/ Placówki)

4.Uzasadnienie wniosku.....

*Nie potrzebne skreślić