

BURMISTRZ NAMYSŁOWA

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

.....
(imię i nazwisko uprawnionego nauczyciela)

.....
(adres zamieszkania i numer telefonu)

.....
(szkoła/placówka, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony – wymiar zatrudnienia)

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyznanie mi pomocy zdrowotnej w formie bezzwrotnego świadczenia pieniężnego.

Uzasadnienie:

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

W załączeniu do wniosku przedkładam:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

Jeżeli pomoc zdrowotna zostanie przyznana, proszę o przekazanie jej na mój rachunek bankowy

nr

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis wnioskodawcy)