

Załącznik Nr 2

**Do Procedury ubiegania się o świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli
w Zespole Szkolno – Przedszkolnym Nr 5 w Gliwicach**

Gliwice, dn.

Wniosek o świadczenie z funduszu zdrowotnego nauczycieli

Imię i nazwisko:PESEL:.....

Stanowisko:.....

Adres zamieszkania:

Proszę o przyznanie świadczenia z funduszu zdrowotnego nauczycieli w związku z:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

W załączeniu przedkładam dokumenty:

.....

.....

.....

.....

Oświadczam, że prowadzę gospodarstwo domowe jednoosobowo/wielooosobowo* (*podkreślić właściwe)

Podpis wnioskodawcy:

Adnotacje: