

Nazwisko i imię:

Adres zamieszkania:

Charakter uprawnienia:

WNIOSEK O PRYZNANIE ZAPOMOZI ZDROWOTNEJ

Uzasadnienie wniosku wraz z poświadczeniem lekarza o konieczności leczenia:

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

Opinia lekarza

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

.....

Data, pieczęć i podpis lekarza

Decyzja o przyznaniu świadczenia:

Przyznano zapomogę zdrowotną w kwocie zł

(słownie zł)

Sosnowiec, dnia20..... r.

.....
pieczętka imienna i podpis pracodawcy

.....
podpisy członków komisji socjalnej