

**WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY FINANSOWEJ Z FUNDUSZU
ZDROWOTNEGO**

.....
Wnioskodawca (imię i nazwisko)

.....
Adres zamieszkania i nr telefonu

.....
Miejsce pracy i staż pracy (emeryt – ostatnie miejsce pracy)

Uzasadnienie wniosku:

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

.....
Data i podpis wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Oświadczam, że dochód brutto przypadający na jednego członka mojej rodziny prowadzącej
wspólne gospodarstwo domowe za ostatnie 3 miesiące wynosi zł

Słownie złotych.....

.....
Data i podpis wnioskodawcy