*Załącznik Nr 2A*

*……………………………………………………….
 imię i nazwisko*

*………………………………………………………*

 *adres*

*………………………………………………………*

 *numer telefonu*

*………………………………………………………*

 *email*

**W N I O S E K**

**o przyznanie świadczenia z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych**

**Prosz**ę **u przyznanie finansowej zapomogi losowej / zdrowotnej\*.** *(\*niepotrzebne skreślić***)**

Prośbę swą motywuję:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Niekompletny wniosek nie będzie rozpatrzony i zostanie zwrócony wnioskodawcy.**

Oświadczam, że wyżej podane informacje są prawdziwe i jest mi znana odpowiedzialność prawna
za wpisanie danych nieprawdziwych (art.247 §1 KK).

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

(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

Przyznano dofinansowanie z ZFŚS w wysokości:...............................

*Załącznik Nr 2B*

**Zestawienie kosztów leczenia**

imię i nazwisko ……………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data wystawienia rachunku/faktury/paragonu** | **Nr rachunku/ faktury/ paragonu** | **Kwota**  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |

Oświadczam, że wyżej podane informacje są prawdziwe i jest mi znana odpowiedzialność prawna
za wpisanie danych nieprawdziwych (art.247 §1 KK).

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

(data i czytelny podpis wnioskodawcy)