

Pszczyna, dnia

.....
Imię i nazwisko emeryta/rencisty

.....

.....

(adres)

Dyrektor
Powiatowego Zespołu Szkół Nr 2
im. Karola Miarki w Pszczynie
Komisja Socjalna

WNIOSEK

Proszę o wypłatę świadczenia rehabilitacyjno-zdrowotnego z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych.

.....

(podpis emeryta/rencisty)