Pszczyna .....

Imię i nazwisko

.....

.....

.....

(adres)

PODANIE O ZAPOMOGĘ ZDROWOTNĄ
ZE ŚRODKÓW ZAKŁADOWEGO FUNDUSZU ŚWIADCZEŃ SOCJALNYCH

l. Uzasadnienie podania

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

2. Poświadczenie (lekarza, przychodni, szpitala).

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

3. Załączniki (rachunki, faktury)

.....

.....
(podpis)