

Podanie o zapomogę zdrowotną

1. Nazwisko i imię

(emeryci obowiązkowo adres zamieszkania)

.....

2. Dokładna nazwa i adres placówki

.....

.....

3. Zatrudniona /y

w charakterze..... w wymiarze godzin

4. Uzasadnienie podania

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(miejsce, data)

(podpis wnioskodawcy)

5. Poświadczenie (przychodni, szpitala, lekarza)

.....

(pieczęćka podłużna)

.....

.....

.....

.....

.....

.....