

**WNIOSEK O UDZIELENIE
MATERIALNEJ POMOCY
ZDROWOTNEJ
- WZÓR -**

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

Wnioskodawca:
imię i nazwisko

Adres zamieszkania:

Miejsce pracy:

Stanowisko:.....

Proszę o udzielenie mi jednorazowego zasiłku pieniężnego ze środków przeznaczonych na materialną pomoc zdrowotną dla nauczycieli i nauczycieli emerytów i rencistów korzystających z opieki zdrowotnej.

Uzasadnienie wniosku:

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

Mój miesięczny dochód za poprzedni rok wynosił na 1 członka rodziny:

.....zł słownie:.....złoty

.....
podpis wnioskodawcy

Opinia lekarza prowadzącego leczenie:

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

.....
data

.....
podpis lekarza

Opinia Komisji:

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

Podpisy Komisji:

1.
2.
3.

Decyzja Dyrektora:

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

.....
podpis dyrektora

....., dnia:.....