

Zespół Szkolno-Przedszkolny nr 5
z siedzibą w Gliwicach
przy ul. Kozielskiej 39
NIP: 631 26 58 178 REGON: 361084052
tel. 32/237 99 50

Załącznik Nr 2

**Do Procedury ubiegania się o świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli
w Zespole Szkolno – Przedszkolnym Nr 5 w Gliwicach**

Gliwice, dn.

Wniosek o świadczenie z funduszu zdrowotnego nauczycieli

Imię i nazwisko:PESEL:.....

Stanowisko:.....

Adres zamieszkania:

Proszę o przyznanie świadczenia z funduszu zdrowotnego nauczycieli w związku z:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

W załączeniu przedkładam dokumenty:

.....

.....

.....

.....

Oświadczam, że prowadzę gospodarstwo domowe jednoosobowo/wielosobowo* (*podkreślić właściwe)

Podpis wnioskodawcy:

Adnotacje: