

.....
Nazwisko i Imię członka

.....
Miejsce zamieszkania

.....
Miejsce pracy

.....
Telefon / email

WNIOSEK O PRYZNANIE BEZZWRTOJNEJ ZAPOMOGI ZDROWOTNEJ

Zwracam się prośbą o przyznanie zapomogi bezzwrotnej. Wniosek swój uzasadniam następująco:

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

Oświadczam, że mój średni miesięczny dochód z ostatnich 3 miesięcy wynosi.....

Numer konta bankowego na jakie ma być przelana przyznana zapomoga:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bydgoszcz, dnia 20 r

.....
własnoręczny podpis wnioskodawcy

Załączniki:

.....

Decyzja Zarządu KZP

Zarządu KZP z dnia.....na podstawie przedstawionej dokumentacji postanowił udzielić zapomogę Pani/Panu w wysokościzł.

.....
Zarząd KZP

Zaksięgowano dnia Nr dowodu.....
Nr ewidencyjny.....

.....
(podpis)