.....

Nazwisko i Imię członka

Do KZP przy Bydgoskim Biurze Finansów Oświaty

.....

Miejsce zamieszkania

.....

Miejsce pracy

.....

Telefon / email

WNIOSEK O PRZYZNANIE BEZZWROTNEJ ZAPOMOGI ZDROWOTNEJ

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

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

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

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 wysokości .....zł.

.....

Zarząd KZP

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

Nr ewidencyjny.....

.....

(podpis)