



Oświadczenie wnioskodawcy o udzielonej wcześniej pomocy z zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych i Funduszu Zdrowotnego potwierdzone przez pracodawcę

Data i podpis wnioskodawcy

Data, podpis i pieczęć pracodawcy

Opinia Prezesa Ogniska ZNP o zasadności wniosku:

Data i podpis Prezesa Ogniska

Data wpłynięcia wniosku:

Podpis przyjmującego wniosek:

Decyzja Komisji:

Podpisy członków Komisji:

1.

2.

3.

Suwałki, dnia

Akceptacja Prezesa Oddziału

Prezes Oddziału

Suwałki, dnia