

Wniosek o przyznanie świadczenia pomocy zdrowotnej

Wnioskodawca:

.....
Imię i nazwisko

.....

.....
Adres

.....
Numer telefonu

Nazwa szkoły, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony:

.....

Uzasadnienie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Przyznany zasiłek pieniężny proszę przekazać na konto

.....

Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t. j. z 2002 r. – Dz. U. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu uzyskania pomocy zdrowotnej.

.....
Miejscowość

.....
Podpis wnioskodawcy

Załączniki:

1.
2.
3.
4.
5.
6.

