

## WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

1.Wnioskodawca .....

2.Adres zamieszkania i nt telefonu kontaktowego .....

.....

3.Szkoła w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony .....

.....

4.Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego w kwocie :

.....

Uzasadnienie :

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

W załączeniu do wniosku przekładam :

- aktualne zaświadczenie od lekarza specjalisty o chorobie nauczyciela,
- dokumenty poświadczające poniesione koszty leczenia

Jaworze dnia .....

.....

podpis wnioskodawcy