4.1 *Załącznik nr 1 do regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Zdrowotnych*

# Wniosek o zapomogę z Zakładowego Funduszu Świadczeń Zdrowotnych

dla nauczyciela Przedszkola nr 3 w Szczytnie

Nazwisko.....................................................Imię.........................................................

Adres zamieszkania.........................................................................................................

Proszę o przyznanie zapomogi z ZFŚZ w wysokości: ...................................................

Uzasadnienie wniosku:

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

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

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

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

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

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

Załączniki:

1. ..........................................................................
2. ..........................................................................
3. ..........................................................................

Średni miesięczny dochód brutto na jedną osobę w rodzinie wynosi ........................zł.

Numer konta bankowego, na który należy przesłać świadczenie z ZFŚZ:

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

Oświadczam, iż zapoznałam się z Regulaminem ZFŚZ obowiązującym w Miejskim Przedszkolu z Oddziałami Integracyjnymi i Oddziałem Żłobkowym Nr 3 „*Promyczek*" w Szczytnie.

..................................
*podpis wnioskodawcy*

..................................
*miejscowość, data*