

**WNIOSEK**  
**o przyznanie dofinansowania do wyjazdowych form leczenia**

***Dane wnioskodawcy:***

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania.....

Stanowisko .....

***Proszę o przyznanie:***

dofinansowania z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych do wyjazdowych form leczenia.  
Oświadczam, że koszt wynosi ..... złotych, co potwierdza kserokopia rachunku dołączona do wniosku.

Ja, niżej podpisana/y, świadomy odpowiedzialności cywilnej ( art. 405-414 Kodeksu cywilnego) oświadczam, że własnoręcznym podpisem potwierdzam prawdziwość danych zamieszczonych w złożonym wniosku. Jednocześnie stwierdzam, że znana jest mi treść regulaminu ZFŚS obowiązującego w jednostce.

.....

***Data i podpis wnioskodawcy***

**Adnotacja działów: kadr oraz finansowo-księgowego:**

Uwagi .....

**Opinia Komisji Socjalnej:**

Komisja pozytywnie / negatywnie rozpatrzyła wniosek.

Proponowana kwota dofinansowania wynosi.....

**Uwagi** .....

**Związki zawodowe:**

1.....

2.....

**Decyzja Dyrektora:**

Akceptuję / Brak akceptacji .....