

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)
.....
.....
(adres zamieszkania)
.....
(numer telefonu)
.....
(nazwa szkoły, w której nauczyciel jest
lub był zatrudniony)

**Burmistrz Halinowa
ul. Spółdzielcza 1
05-074 Halinów**

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

Zwracam się z prośbą o przyznanie świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej w związku z

.....

Uzasadnienie:

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

W załączeniu do wniosku przedkładam:

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

.....
(data i podpis)

Forma wypłaty - przelew na konto:

.....
(nazwa i numer rachunku bankowego)

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis)