Ruda Śląska ………………………………

 Zarząd Oddziału

Związku Nauczycielstwa Polskiego

w Rudzie Śląskiej

**WNIOSEK O ZAPOMOGĘ ZDROWOTNĄ/LOSOWĄ1**

1. Nazwisko i imię ........................................................................................................................
2. Adres zamieszkania…………………………………………………………………………...
3. Numer telefonu ……………………………………………………….....................................
4. Data wstąpienia do ZNP i numer legitymacji ……………………………………………......
5. Dokładna nazwa i adres szkoły lub placówka odejścia na emeryturę .................................................................................................................................................
6. Zatrudniony/a w charakterze ............................................. wymiar godz. ................................
7. Miesięczny dochód netto na członka rodziny ..........................................................................
8. Uzasadnienie podania ............................................................................................................ .................................................................................................................................................

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

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

........................................, dnia ............................ ...............................................

(miasto) (podpis)

1. Poświadczenie (lekarza, przychodni, szpitala itp.)2

(pieczątka podłużna)

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

........................................., dnia ............................ ...............................................

(miasto) (podpis)

1. Poparcie wniosku przez Ognisko ZNP.

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

........................................., dnia ............................ ...............................................

(miasto) (podpis)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Przelew na rachunek bankowy nr ………………………………………………………….……………

 …………………………………..

 *(podpis posiadacza rachunku)*

1. Zarząd na posiedzeniu w dniu .......................................... przyznał jednorazową zapomogę w kwocie ............................................. zł

(słownie:................................................................................................................................)

**Podpisy:**

*1 niepotrzebne skreślić*

*2dotyczy zapomogi zdrowotnej lub losowej w przypadku zachorowania członka rodziny*