

**(Poufne po wypełnieniu)**

Załącznik nr 1

Do Regulaminu

**WNIOSEK**

***O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ Z FUNDUSZU ZDROWOTNEGO***

.....  
**Wnioskodawca (imię i nazwisko)**

.....  
**Adres zamieszkania i nr telefonu**

.....  
**Miejsce pracy i staż pracy (emeryt – ostatnie miejsce pracy)**

.....  
**Uzasadnienie wniosku:**

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

.....  
**Data i podpis wnioskodawcy**

---

***OŚWIADCZENIE O DOCHODACH***

**Oświadczam, że dochód na 1 członka mojej rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie za ostatnie 3 miesiące (brutto) wynosi:.....zł, słownie złotych.....**

.....  
**Data i podpis wnioskodawcy**