Załącznik nr 7

…………………………….........................

imię i nazwisko

…………………………………………….

nr telefonu

**Wniosek o dofinansowanie**

**wczasów leczniczych, profilaktyczno-leczniczych**

**dla emerytów i rencistów**

Proszę o przyznanie ze środków zakładowego funduszu świadczeń socjalnych pomocy socjalnej w formie dofinansowania wczasów leczniczych, profilaktyczno-leczniczych.

**OŚWIADCZENIE**

W okresie od dnia …………………….. do dnia …………………… korzystałam(em) z ………………………………………………………..……………………………………..

………………………………………………………………………………………………..

W związku z poniesionymi wydatkami proszę o wypłacenie kwoty ………………….……

(słownie: …………………………………………………).

Proszę o przekazanie dofinansowania na:

□ konto bankowe …………………………………………………………………….

□ adres zamieszkania …………………………………………………………………

……………………………………………..

data i podpis osoby wnioskującej o świadczenie

**Potwierdzenie pracownika komórki właściwej w sprawie kadr**

Potwierdzam wysokość dopłaty do wypoczynku ze środków ZFŚS na kwotę ………………………..

……………………………………………..

data i podpis

Uwaga:

Do wniosku należy dołączyć, zgodnie z § 25 ust. 2 Regulaminu, imienne dokumenty potwierdzające poniesione wydatki.