

.....
(miejscowość, data)

Dane nauczyciela/nauczyciela emeryta:

Nazwisko i imiona

Adres zameldowania

.....

Adres korespondencyjny (wpisać jeżeli jest inny niż miejsce zameldowania)

.....

Numer telefonu

Oświadczenie

W imieniu własnym wnioskuję o przekazywanie przyznaj mi kwoty pomocy zdrowotnej otrzymanej

w związku ze złożonym wnioskiem z dnia
(wpisać datę wskazaną we wniosku o przyznanie pomocy)

w formie:*

1) przelewu na moje konto osobiste nr

prowadzone przez Bank

2) wypłaty gotówkowej w kasie Zakładu Obsługi Szkół i Przedszkoli Samorządowych w Kętach,
ul. Kilińskiego 1.

.....
(podpis składającego oświadczenie)