

Burmistrz Jeżowa

WNIOSEK O PRYZYKNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

Wnioskodawca (imie i nazwisko)

Adres zamieszkania, nr telefonu

Szkoła, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony

Uzasadnienie:

(w załączeniu: aktualne zaświadczenie lekarskie, dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia, oświadczenie o dochodach przypadających na jednego członka rodziny)

data i podpis wnioskodawcy

Opinia komisji zdrowotnej i proponowana wysokość świadczenia:

.....

.....
.....

Podpisy członków komisji zdrowotnej:

.....

(imię i nazwisko)

.....

(imię i nazwisko)

.....

(imię i nazwisko)

Decyzja Burmistrza:

.....

.....

Podpis Burmistrza:

.....