

Załącznik do uchwały Nr XI/80/25

Rady Powiatu Pisz

z dnia 21 marca 2025 r.

WNIOSEK
o przyznanie świadczenia z funduszu zdrowotnego nauczycieli

1.	Nazwisko i imię	
2.	Adres zamieszkania	
3.	Numer telefonu	
4.	Miejsce pracy obecnej, dla emerytów, rencistów, pobierających nauczycielskie świadczenie kompensacyjne (byłe miejsce pracy)	
5.	Ze środków funduszu zdrowotnego korzystałem/am (należy podać rok i wysokość uzyskanej pomocy zdrowotnej oraz jej przeznaczenie):	
6.	Numer konta	
7.	Zwracam się z prośbą o przyznanie mi świadczenia z funduszu zdrowotnego ze względu na (uzasadnienie wniosku):	
Załączniki: 1) kserokopia dokumentacji medycznej, 2) kserokopia rachunków, faktur, 3) inne		

Oświadczenie:

Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych na potrzeby przyznawania dofinansowania z Funduszu Zdrowotnego Nauczycieli zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych – t.j. Dz.U. z 2019r. poz. 1781)

(miejscowość i data)

(czytelny podpis)