

.....
(imię i nazwisko wnioskującego)

.....
adres zamieszkania

.....
Telefon.....

**Wniosek o sfinansowanie/dofinansowanie do świadczenia w postaci
Bonu lojalnościowego z ZFŚS
dla pracownika, emeryta, rencisty ***

Zgodnie z § 9 pkt 5 regulaminu proszę o przyznanie świadczenia z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych w postaci bonu lojalnościowego.

Koszalin, dnia _____ r.

Podpis wnioskodawcy

Wniosek jest podstawowym dokumentem do przyznania i rozliczenia dofinansowania i dlatego powinien być wypełniony w sposób trwały, czytelny i złożony w nieprzekraczalnym terminie do 18.10.2024 r. w siedzibie PSSE w Koszalinie lub pocztą elektroniczną na adres psse.koszalin@sanepid.gov.pl

WAŻNE:

Warunkiem otrzymania świadczenia jest złożenie oświadczenia o sytuacji życiowej, rodzinnej i materialnej, o którym mowa w Regulaminie ZFŚS

*niepotrzebne skreślić