

Nazwisko i imię: \_\_\_\_\_

Jednostka organizacyjna: \_\_\_\_\_

Data i wymiar zatrudnienia: \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania : \_\_\_\_\_

Telefon wewnętrzny.: \_\_\_\_\_      Telefon kom.: \_\_\_\_\_

### **WNIOSEK O PRYZNANIE FINANSOWEGO ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ZWIĘKSZONYCH WYDATKÓW**

Proszę o przyznanie dofinansowania w formie świadczenia finansowego z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych z tytułu zwiększonych wydatków w okresie Świąt Bożego Narodzenia i Nowego Roku.

\_\_\_\_\_  
podpis pracownika

Data dostarczenia wniosku: \_\_\_\_\_

**UWAGA** – wnioski należy dostarczyć do Działu Płac w terminie **od 1 października do 5 listopada danego roku.**

Opinia Komisji Socjalnej z dnia: \_\_\_\_\_

Po rozpatrzeniu wniosku Komisja Socjalna przyznała dofinansowanie w kwocie: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
podpisy członków Komisji Socjalnej

Wyczenie świadczenia dla pracownika :

l.p.	Dofinansowanie z funduszu socjalnego	Potrącenie podatku	Do wypłaty	Podstawa obliczenia

\_\_\_\_\_  
podpis pracownika wyliczającego odpłatność

\_\_\_\_\_  
pieczęć i podpis Kierownika Działu Kadr

AKCEPTUJĘ:

\_\_\_\_\_  
Pieczęć i podpis Dyrektora SP ZOZ