

W razie braku osobnego dokumentu należy dołączyć jako załącznik w aplikacji SocialPartner.

KOLPREM Sp. z o.o. W: (nazwa lokalizacji)	Do wniosku o udzielenie pomocy finansowej (zapomogi) ze środków ZFŚS KOLPREM Sp. z o.o. w 2024 r.	Dzień	Miesiąc	Rok

I. WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA (czytelnie)

Pracownik wpisuje nr ewidencyjny, a pozostali PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.
(nazwisko i imię) (symbol kom. org. / rodzaj i nr świadczenia ZUS)*

II. WYPEŁNIA LEKARZ

(dopuszcza się dołączenie dokumentu w formie zaświadczenia od lekarza / wypisu ze szpitala zawierającego symbol statystyczny choroby lub jej opis)

Nazwisko i imię pacjenta:

Aktualny okres leczenia: od dnia.....do dnia....., symbol statystyczny choroby:

.....
(pieczęć przychodni)

.....
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

* niepotrzebne skreślić