

.....
(imię i nazwisko)
.....

.....
.....

**Wniosek
o przyznanie świadczenia pieniężnego na pomoc zdrowotną**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Załączniki:

.....
.....
.....
.....

.....
(podpis wnioskodawcy)