

OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA CZYNNEGO / EMERYTOWANEGO*

Ja, niżej podpisany/a
imię i nazwisko

.....

.....

Pesel, adres zamieszkania wraz z kodem pocztowym, nr telefonu

.....

nazwa i adres placówki centralizującej

oświadczam, że:

- posiadam skierowanie od lekarza na leczenie uzdrowiskowe/rehabilitację uzdrowiskową
- zobowiązuję się do zabrania w/w skierowania na wczasy profilaktyczno-lecznicze w przypadku otrzymania przydziału ze scentralizowanego funduszu świadczeń socjalnych.

.....

czytelny podpis

* Niepotrzebne skreślić