Imię i nazwisko:…………………………………..……………………………

Numer ewidencyjny:…………………………………………………………..

Adres zamieszkania:………………………………………………….………..

Numer telefonu:………………………………………………………….………

Nr Konta:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Zarząd Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej**

 **przy Centrum Usług Wspólnych w B-B.**

**WNIOSEK O ZAPOMOGĘ LOSOWĄ**

Proszę o przyznanie zapomogi losowej z powodu: ………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………Uzasadnienie

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Załączniki…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie i przechowywanie moich danych osobowych dotyczących stanu zdrowia, w tym przedłożonej przeze mnie dokumentacji medycznej, dla celów otrzymywania bezzwrotnych świadczeń pieniężnych na podstawie regulaminu KZP przy CUW w B-B.

Bielsko- Biała, dnia:………..................... ……………………………

 Czytelny podpis wnioskodawcy