Załącznik 1 do

Zarządzenia Nr 71/2021

 Wójta Gminy Kobylnica

z dnia 10 marca 2021 r.

Kobylnica, dnia ………………..r.

**ZLECENIE WYPŁATY POMOCY ZDROWOTNEJ**

Podstawa prawna:

§ 4 ust. 1 Zarządzenia Nr 71/2021 Wójta Gminy Kobylnica z dnia 10 marca 2021 roku w sprawie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, korzystających z opieki zdrowotnej, zatrudnionych w szkołach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Kobylnica

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię****oraz pesel** | **Status wnioskodawcy****NCZ – nauczyciel czynny zawodowo,** **NE - nauczyciel emeryt****NR nauczyciel rencista** **NŚK – nauczyciel otrzymujący świadczenie kompensacyjne** | **Nr konta bankowego** | **Wysokość przyznanego świadczenia** | **Zaświadczenie lekarskie potwierdzające długotrwałą chorobę, w tym chorobę przewlekłą (tak/nie)** | **Nazwa i adres Urzędu Skarbowego** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** |  |  |  |

(pieczęć i podpis dyrektora CUW)