

RO.4480-2	OŚWIADCZENIE o dochodach	Załącznik nr 2 do Regulaminu Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnionych w jednostkach oświatowych, dla których Gmina Chorzele jest organem prowadzącym
------------------	--	---

Chorzele, dnia r.

.....
Imię i nazwisko Wnioskodawcy

.....

.....
Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

o dochodach

Niniejszym oświadczam, że przeciętne dochody (brutto) na jednego członka mojej rodziny, osiągnięte w ostatnich trzech miesiącach poprzedzających okres ubiegania się o pomoc zdrowotną wyniosły:

.....zł.

.....
(podpis Wnioskodawcy)