

DANE WNIOSKODAWCY:

.....

NAZWISKO I IMIĘ

.....

ADRES ZAMIESZKANIA

.....

TEL. KONTAKTOWY

.....

JEDNOSTKA ZATRUDNIAJĄCA

DO ZWIĄZKU „SOLIDARNOŚĆ”

NALEŻĘ OD.....

**Uczelniana Komisja Koordynacyjna
NSZZ "Solidarność"
Uniwersytetu Medycznego
i Uniwersyteckich Szpitali Klinicznych
w Łodzi**

**WNIOSEK O UDZIELENIE POMOCY FINANSOWEJ
(ZAPOMOGI)**

która będzie przeznaczona na

.....

.....

uzasadnienie.....

.....

Data

.....

PODPIS WNIOSKODAWCY

KONTO BANKOWE wnioskodawcy lub nazwa i konto

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DECYZJA na podst. Uchwały.....

Dnia roku przyznano/nie przyznano* zapomogę losową w wysokości:

..... zł, słownie zł.

.....

PODPIS CZŁONKA PREZYDIUM

* niepotrzebne skreślić

DANE OTRZYMUJĄCEGO

Imię i nazwisko:

Nr dowodu osobistego: wyd. przez

**Pomoc finansowa z funduszu Związku Zawodowego Solidarność może być udzielana dla członka związku z przynajmniej rocznym stażem związkowym.*

Co do formy i wysokości pomocy decyduje Uczelniana Komisja Koordynacyjna „Solidarność” w drodze uchwały.