

.....
NAZWISKO I IMIE

.....
ADRES ZAMIESZKANIA

.....
TEL. KONTAKTOWY

.....
JEDNOSTKA ZATRUDNIAJĄCA

DO ZWIĄZKU „SOLIDARNOŚĆ”
NALEŻE OD.....

**Międzyzakładowa Organizacja Związkowa
NSZZ „Solidarność”
Uniwersytetu Medycznego
i Uniwersyteckich Szpitali Klinicznych
w Łodzi**

która będzie przeznaczona na

.....

.....

uzasadnienie.....

.....

Data

PODPIS WNIOSKODAWCY

KONTO BANKOWE wnioskodawcy lub nazwa i konto

[illegible]

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.