

Załącznik Nr 2 do Regulamin Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnionych oraz nauczycieli emerytów, rencistów oraz nauczycieli pobierających świadczenie kompensacyjne w szkołach, przedszkolu prowadzonych przez Gminę Jastrzęb

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Niniejszym oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto w przeliczeniu na jednego członka rodziny wyliczony z roku poprzedniego wynosi

Potwierdzam prawdziwość danych własnoręcznym podpisem

.....
(Data i podpis wnioskodawcy)