

*Załącznik nr 2 do
Regulaminu
Funduszu Zdrowotnego*

**REJESTR WNIOSKÓW O POMOC ZDROWOTNĄ Z FUNDUSZU
ZDROWOTNEGO**

Lp.	Imię i nazwisko nauczyciela	Miejsce zatrudnienia czynny zawodowo emeryt	Cel pomocy	Przyznana kwota pomocy	Data przyznanej pomocy	Uwagi
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.