

Gdańsk .....

**WNIOSEK**  
**NA ZASIŁEK Z TYTUŁU DŁUGOTRWALEJ CHOROBY**  
**(REFUNDACJA KOSZTÓW LECZENIA)**

**Członek związku kol. ....**

**nr ewid. ....**

przebywał na zwolnieniu lekarskim w sposób ciągły od dnia.....

do dnia..... chorował (choruję) na.....

Przedstawiam rachunki na łączną wartość.....

.....  
(podpis wnioskodawcy)

**Komisja Zakładowa .....**

**1).....**

(pieczętka)

---

Oświadczam, że zapoznałem się z pouczeniem, które akceptuję.

**Kwituję odbiór zapomogi..... zł, słownie .....**

**Gdańsk,.....**

.....  
(czytelny podpis)

---

Pouczenie:

Uprawnieni do otrzymania świadczenia są członkowie związku, którzy przebywają na długotrwałych zwolnieniach lekarskich lub są przewlekle chorzy. Wysokość refundacji leków określa Prezydium i jest ona zależna od ilości wypłacanych zasiłków w danym półroczu.

W przypadku należenia do innego związku, wypisania się z związku w ciągu sześciu miesięcy, zwolnienia dyscyplinarnego lub na własną prośbę od daty pobrania danego świadczenia, pobierający wyraża zgodę na zwrot tego świadczenia i potrącenia z wynagrodzenia za pracę wraz z odsetkami.

Wyrażam zgodę na potrącenie w całości mojego zadłużenia z odprawy lub odszkodowania z tyt. zwolnień grupowych.

Do wniosku, należy dostarczyć oryginał faktury za leki oraz ksero z książeczki RUM lub recepty.

Wypłata następuje po uchwale prezydium i zatwierdzeniu przez pracownika etatowego Związku.

(sprawdzenie i wpisanie do bazy danych).