Overené dňa .....podpis .....
Schválené dňa.....podpis .....
Vyplatené dňa .....podpis .....

Žiadosť o príspevok pri skončení pracovného pomeru zo zdravotných dôvodov

Žiadateľ	
Meno	
Priezvisko	
Os. Číslo	
Dátum skončenia	
Dátum nástupu do odborov	

Týmto žiadam ,
členov VZO OZ KOVO VW SK o príspevok pri skončení pracovného pomeru zo zdravotných dôvodov pričom spĺňam členstvo v odborovej organizácií 10 a viac rokov.
O príspevok žiadam v súlade so schválenými pravidlami Sociálno-podporného fondu ZO.

Číslo účtu žiadateľa IBAN

S	K																										

Za kladné vybavenie mojej žiadosti vopred ďakujem

Dňa: ....
podpis zamestnanca