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

Vyplatená suma: .....

Žiadosť o príspevok pri skončení pracovného pomeru zo zdravotných dôvodov

Žiadateľ	
Meno	
Priezvisko	
Os. Číslo	
Dátum narodenia	
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 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 člena ZO

INTERNAL