



ŽÁDOST O VYPLACENÍ SOCIÁLNÍHO PŘÍSPĚVKU

OBLAST ZDRAVÍ

Žádám o vyplacení příspěvku na benefiční oblast ZDRAVÍ.

Přikládám příslušné doklady (vstupenku (y)).

ČLEN:

Příjmení:

Jméno:

Příspěvek žádám vyplatit: Hotově ☐ Na účet ☐ (zaškrtněte)

Číslo účtu:

Dne: . . 2016

Podpis člena

.....

Schválil Předseda nebo
místopředseda ZO

.....

Zkontroloval a vyplatil hospodář ZO:

.....

Vyplaceno dne . . 2016