**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że w bieżącym roku tj. ………………… korzystałem/am / nie korzystałem/am\* z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych z przeznaczeniem na cele zdrowotne.

….......................................................... …........................................................

 (miejscowość i data) (czytelny podpis wnioskodawcy)

\* niepotrzebne skreślić