

## OŚWIADCZENIE

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

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

\* niepotrzebne skreślić