

Opinia Komisji Zdrowotnej i proponowana wysokość pomocy finansowej

.....

.....

.....

.....

Podpisy członków Komisji Zdrowotnej

.....

.....

.....

Decyzja pracodawcy (przyznano* - odmówiono*) i uzasadnienie

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(data i podpis pracodawcy)

* niepotrzebne skreślić