

Załącznik Nr 7  
do Regulaminu ZFŚS  
Samodzielnego Publicznego  
Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sokółce  
wprowadzonego Zarządzeniem  
Dyrektora Nr 21/2024 z dnia 09.05.2024 r.

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres)

.....  
(numer telefonu)

.....  
(stanowisko)

Dyrektor  
Samodzielnego Publicznego  
Zakładu Opieki Zdrowotnej  
w Sokółce

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE WYPOCZYNKU PRACOWNIKA  
tzw „wczasy pod gruszą”**

.....  
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

Oświadczam, że skorzystałam/em z urlopu wypoczynkowego w terminie:

od ..... do .....

Przyjmuję do wiadomości, że moje dane wskazane we wniosku będą przestrzegane zgodnie z treścią obowiązku informacyjnego RODO, stanowiącego Załącznik nr 10 do Regulaminu ZFŚS.

.....  
(podpis wnioskodawcy)

Potwierdzam, że pracownik przebywał na urlopie wypoczynkowym w okresie od ..... do  
..... tj. .... dni.

.....  
(podpis pracownika sekcji ds. kadrowych)

Załącznik Nr 7  
do Regulaminu ZFŚS  
Samodzielnego Publicznego  
Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sokółce  
wprowadzonego Zarządzeniem  
Dyrektora Nr 21/2024 z dnia 09.05.2024 r.

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres)

.....  
(numer telefonu)

.....  
(stanowisko)

Dyrektor  
Samodzielnego Publicznego  
Zakładu Opieki Zdrowotnej  
w Sokółce

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE WYPOCZYNKU PRACOWNIKA  
tzw „wczasy pod gruszą”**

.....  
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

Oświadczam, że skorzystałam/em z urlopu wypoczynkowego w terminie:

od ..... do .....

Przyjmuję do wiadomości, że moje dane wskazane we wniosku będą przestrzegane zgodnie z treścią obowiązku informacyjnego RODO, stanowiącego Załącznik nr 10 do Regulaminu ZFŚS.

.....  
(podpis wnioskodawcy)

Potwierdzam, że pracownik przebywał na urlopie wypoczynkowym w okresie od ..... do  
..... tj. .... dni.

.....  
(podpis pracownika sekcji ds. kadrowych)