W razie braku osobnego dokumentu należy dołączyć jako załącznik w aplikacji

KOLPREM Sp. z o.o. w: ……..…… (nazwa lokalizacji)	**Do wniosku o udzielenie pomocy finansowej (zapomogi) ze środków ZFŚS KOLPREM Sp. z o.o. w 2026 r.**	Dzień	Miesiąc	Rok

I. WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA (czytelnie) **Pracownik wpisuje nr ewidencyjny, a pozostali PESEL**

1. …… ……
(nazwisko i imię) (symbol kom. org. / rodzaj i nr świadczenia ZUS)*

II. WYPEŁNIA LEKARZ
(dopuszcza się dołączenie dokumentu w formie zaświadczenia od lekarza / wypisu ze szpitala zawierającego symbol statystyczny choroby lub jej opis)

Nazwisko i imię pacjenta: ……

Aktualny okres leczenia: od dnia……do dnia……., symbol statystyczny choroby: …….

…….. ……
(pieczęć przychodni) (pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

---

* niepotrzebne skreślić