

.....
Imię i nazwisko

.....
Oddział/nr osobowy

Dział Kadr i Spraw Socjalnych

w/m

Proszę o uzupełnienie moich danych osobowych o następujących członków rodzin w celu uzyskania świadczeń z ZFŚS:

- | | | | | |
|----|--------------------------|----------------|-------------------------|--------------------------------|
| 1. |
imię i nazwisko |
PESEL |
data urodzenia |
stopień pokrewieństwa |
| 2. |
imię i nazwisko |
PESEL |
data urodzenia |
stopień pokrewieństwa |
| 3. |
imię i nazwisko |
PESEL |
data urodzenia |
stopień pokrewieństwa |
| 4. |
imię i nazwisko |
PESEL |
data urodzenia |
stopień pokrewieństwa |

.....
data

.....
czytelny podpis