

Приложение N 1 к
Социальной программе
«Здоровье - члена профсоюза»

**В Профсоюзный комитет ТПО АО «Салаватстекло»
от члена профсоюза**

ФИО (полностью) _____

_____,
работника цеха № _____
(либо указать структурное подразделение)

таб. № _____

№ профсоюзного билета _____

дата вступления в профсоюз: _____

проживающего по адресу:

контактный телефон:

стаж работы в Обществе: _____

стаж в профсоюзе: _____

Заявление.

В рамках реализации Социальной программы «Здоровье - члена профсоюза» прошу
осуществить возмещение затрат понесенных в связи с:

- получением платных медицинских услуг

- приобретением лекарственных средств и/или изделий медицинского
назначения

- санаторно-курортным лечением (нужное подчеркнуть)

Понесенные затраты

составили: _____ руб. ____ коп.

Приложение (подтверждающие документы):

1. _____

2. _____

3. _____

Ранее возмещение материальных затрат

*не получал(а)
получал(а) в _____ году.
(нужное подчеркнуть)*

« _____ » _____ 20__ г.

Личная подпись _____

Виза председателя цехового профсоюзного комитета структурного подразделения:

_____/_____

Протокол № _____ от « _____ » _____ 20__ г.