

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(adres zamieszkania)

Do
Starosty Wyszowskiego

**Wniosek
o przyznanie zapomogi pieniężnej z funduszu zdrowotnego**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Załączniki:

1.
2.
3.
4.
5.

.....
(podpis wnioskodawcy)