#### …………………………………….

 (miejscowość i data)

………………………………………………

………………………………………………

…………………………………................

 (imię i nazwisko oraz adres zamieszkania)

Warmińsko – Mazurski

Wojewódzki Lekarz Weterynarii

ul. Szarych Szeregów 7

10 - 072 Olsztyn

 Proszę o przelanie udzielonego świadczenia pieniężnego z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych na rachunek bankowy ……………………………………………………………………………..............

 ……..….………………

 (podpis wnioskodawcy)