

Szczecin, dn.

.....
Imię i nazwisko

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że średni miesięczny **przychód brutto** na członka mojej rodziny za ostatnie 3 miesiące stanowi kwotę grupy
(słownie)
Tabeli Dopłat i Pomocy Finansowej Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Zespołu Szkół Szpitalnych w Szczecinie.

.....
/ podpis przyjmującego oświadczenie /

.....
/ podpis składającego oświadczenie /

Szczecin, dn.

.....
Imię i nazwisko

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że średni miesięczny **przychód brutto** na członka mojej rodziny za ostatnie 3 miesiące stanowi kwotę grupy
(słownie)
Tabeli Dopłat i Pomocy Finansowej Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Zespołu Szkół Szpitalnych w Szczecinie.

.....
/ podpis przyjmującego oświadczenie /

.....
/ podpis składającego oświadczenie /

Tabela Dopłat i Pomocy Finansowej
Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Zespołu Szkół Szpitalnych w Szczecinie.

Miesięczny dochód brutto na członka rodziny

| Gr. I | Gr. II | Gr. III | Gr. IV |
|------------|-------------------|-------------------|-----------------|
| do 2000 zł | 2001 zł – 2700 zł | 2701 zł – 3600 zł | powyżej 3600 zł |

Tabela Dopłat i Pomocy Finansowej
Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Zespołu Szkół Szpitalnych w Szczecinie.

Miesięczny dochód brutto na członka rodziny

| Gr. I | Gr. II | Gr. III | Gr. IV |
|------------|-------------------|-------------------|-----------------|
| do 2000 zł | 2001 zł – 2700 zł | 2701 zł – 3600 zł | powyżej 3600 zł |