

Szczecin, dn.

.....
Imię i nazwisko

OŚWIADCZENIE

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

OŚWIADCZENIE

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 2800 zł	2801 zł – 3500 zł	3501 zł – 4200 zł	powyżej 4201 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 2800 zł	2801 zł – 3500 zł	3501 zł – 4200 zł	powyżej 4201 zł