

Załącznik Nr 2  
do Regulaminu przyznawania  
pomocy zdrowotnej dla nauczycieli

.....  
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....  
Adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE O DOCHODACH**

Niniejszym oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto w przeliczeniu na jednego członka rodziny wyliczony z roku poprzedniego wynosi .....

Potwierdzam prawdziwość danych własnoręcznym podpisem

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)