



**Opinia Dyrektora:**

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

.....  
(data i podpis)

**Opinia Komisji Zdrowotnej i proponowana wysokość pomocy finansowej:**

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

**Podpisy członków komisji Zdrowotnej:**

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

**Decyzja**

Przyznaję pomoc zdrowotną w wysokości: .....  
(kwota)

.....  
(data i podpis)