

Odborový svaz ECHO
Rubeška 393/7, Vysočany
190 00 Praha 9

Žádost o sociální výpomoc

při pracovním úrazu s těžkou újmou na zdraví člena ZO/MO OS ECHO

Jméno a příjmení žadatele:

Datum narození žadatele:

Bydliště žadatele (vč. PSČ)

Telefon: e-mail:

Číslo bankovního účtu žadatele pro výplatu sociální výpomoc:

Požadovaná výše sociální výpomoci:

Čestné prohlášení

Svým podpisem ztvrzuji správnost výše uvedených údajů.

V dne

Podpis žadatele

Vyjádření ZO/MO OS ECHO:

Člen/ka ZO/MO OS ECHO od..... a členství nadále trvá.

Stanovisko ZO/MO OS ECHO:

.....

Kontaktní osoba za ZO/MO OS ECHO:

Jméno, příjmení Funkce

Telefon: Dne

.....
podpis

Vyjádření svazového inspektora BOZP:

.....

V dne: jméno, příjmení, podpis:

*) *nehodící se škrtněte*