Suma_____
APROBAT PENTRU DECONTARE:
PRESEDINTE

Înregistrat la SINDICATUL C.T.F. Braşov

Nr._____ / _____

Verificare membru sindicat : .....
2%: .....

CERERE DE AJUTOR SOCIAL – CAZURI MEDICALE
SINDICATUL C.T.F. BRAŞOV

Subsemnatul(a) ..... CNP |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, încadrat(ă) în muncă la societatea ....., subunitatea ....., având funcţia de ....., membru al Sindicatului C.T.F. Braşov, vă rog să-mi aprobaţi un ajutor social pentru: .....
.....
.....
Anexez următoarele acte justificative, în copie xerox

- cerere ajutor social
- certificat medical din care să rezulte diagnosticul, zile de spitalizare, tratament
- documente din care să rezulte cheltuieli efectuate pentru spitalizare şi achiziţionarea de medicamente
- document de identitate (B.I./C.I.) al persoanei care solicită ajutorul
- CONT IBAN pentru efectuarea plăţii: _ , deschis la Banca ....., Sucursala .....

Descrierea sumară a situaţiei:
.....
.....
.....
.....

Sub sancţiunile aplicate faptei de fals şi uz de fals, declar că actele anexate nu sunt falsificate sau obţinute în mod fraudulos.
Plata ajutorului se face numai prin virament bancar.
Angajament de plata: În situaţia in care mă voi retrage din Sindicatul C.T.F. Braşov, în decurs de doi ani de la data înregistrării prezentei cereri, mă oblig să restitui integral suma primită.
Mentionez ca sunt de acord ca datele mele sa fie publicate pe site-ul sindicatului

Telefon contact: .....

Cererile incomplete şi nevizate se returnează liderului zonal din care face parte solicitantul
.
Data.....
Semnătura .....

VIZAT
Lider sindical zonal
_____