

Murowana Goślina, roku

.....
(Imię i nazwisko)

WNIOSEK O REFUNDACJĘ KOSZTÓW ZAKUPU OPRAWKI OKULAROWE/SZKŁA KOREKCYJNE

W związku z zaleceniem lekarza okulisty (zaświadczenie w załączeniu), uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na refundację kosztów zakupu opravek okularowych/szkieł korekcyjnych.

.....
(podpis pracownika)

DECYZJA

W odpowiedzi na wniosek informuję, że przysługuje/nie przysługuje Pani/Panu prawo do refundacji kosztu zakupu opravek okularowych/szkieł korekcyjnych.

Termin realizacji zakupu wyznaczam nie wcześniej niż roku, tj. zgodnie z planem finansowym. Informuję, że data wystawienia faktury na Gminę Murowana Goślina nie może być wcześniejsza niż wskazana powyżej.

.....
(data, pieczęć, podpis pracownika ds. BHP)

Akceptuję/nie akceptuję

.....
(data, pieczęć, podpis kierownika OR)