

**Oświadczenie wnioskodawcy o dochodach brutto  
przypadających na członka rodziny z ostatnich 3 miesięcy  
poprzedzających ubieganie się o pomoc zdrowotną.**

**Oświadczam, że miesięczny dochód brutto mojej rodziny wynosi:**

a) Wysokość wynagrodzenia /emerytury /renty brutto .....

b) Inne dochody brutto osoby ubiegającej się o świadczenie .....

c) Dochody współmałżonka .....

Ilość osób w rodzinie na utrzymaniu .....

Średni miesięczny dochód brutto na osobę .....

Warszawa, dnia.....

.....  
/ podpis wnioskodawcy/

**Przyznane świadczenie zdrowotne:**

odbiorę w kasie MBFO w Warszawie ul. Mokotowska 55\*,

proszę przekazać na mój rachunek bankowy\*

Nr .....

\* właściwe podkreślić

.....  
/ podpis wnioskodawcy/

