

EWIDENCJA WNIOSKÓW I DECYZJI O PRYZNANIU POMOCY ZDROWOTNEJ ROK

L.p.	Imię i Nazwisko dyrektora/ nauczyciela	Szkoła, w której nauczyciel jest/był zatrudniony	Cel pomocy zdrowotnej	Wnioskowana kwota pomocy	Przyznana kwota pomocy	Uwagi