

Załącznik nr 2  
do Zarządzenia nr 6/2025  
Dyrektora Domu Pomocy Społecznej  
z dnia 9.04.2025r.

Częstochowa, dnia .....

**Dyrektor  
Domu Pomocy Społecznej  
ul. Kontkiewicza 2  
42-209 Częstochowa**

Wnioskodawca: .....

(imię i nazwisko pracownika)

.....

(stanowisko)

Zgodnie z Zarządzeniem nr 6/2025 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej przy ulicy Kontkiewicza 2 w Częstochowie z dnia 9.04.2025 rok proszę o wypłacenie kwoty ..... zł(słownie) ..... z tytułu refundacji poniesionych kosztów zakupu *okularów /szkieł kontaktowych\** korygujących wzrok.

*\*niewłaściwe skreślić*

Przyznaną kwotę proszę przelać na moje konto osobiste wraz z wynagrodzeniem za pracę.

.....

(podpis pracownika)

Załączniki:

1. Zaświadczenie lekarskie.
2. Rachunek za zakup okularów lub szkieł kontaktowych.

Opinia inspektora ds. bhp:

.....

.....

Zatwierdza się do wypłaty kwotę .....

Częstochowa dnia .....

.....

Główny Księgowy

.....

Dyrektor

(-) Anna Herman  
Dyrektor Domu Pomocy Społecznej