…………………………………………., dnia …………………………

............................................

( pieczątka jednostki )

**Miejskie Centrum Obsługi Oświaty w Brzesku**

# ul. Królowej Jadwigi 18

**32-800 Brzesko**

Zlecenie przelewu nr ………..……/W/20……………

Zlecam do przelania z konta wydatków budżetowych **kwotę** ……………………………………….…………..……..

**słownie zł:** .................................................................................................................................................

tytułem: **udzielonych świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli** \* Termin płatności: 4 dni od daty wpływu zlecenia do MCOO.

Inne uwagi: jednostka posiada pełną dokumentację potwierdzającą spełnienie warunków uprawniających nauczyciela\* do przyznania świadczenia zgodnie z obowiązującymi regulacjami wydanymi przez Radę Miejską w Brzesku oraz wewnętrznymi jednostki.

Załączniki: wykaz przyznanych świadczeń

Dyrektor

........................................

(pieczątka i podpis)

\*w rozumieniu zapisów Uchwały NR VIII/51/2011 Rady Miejskiej w Brzesku, z dnia 27.04.2011 r. w sprawie określenia rodzaju świadczeń oraz warunków i sposobu ich przyznawania w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej (Dz. Urz. Woj. Małopolskiego, z 2011 r., Nr 256, poz. 2060 ).

**Załącznik do zlecenia przelewu nr ………………….…./W/20…..….**

WYKAZ PRZYZNANYCH ŚWIADCZEŃ W RAMACH POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELI**\***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | Nazwisko i imię  Nauczyciela\* | Nr konta, na który należy dokonać przelewu świadczenia | Wartość przyznanych  świadczeń | Nauczyciel posiada zaświadczenie lekarskie o długotrwałej/przewlekłej chorobie  (wpisać TAK lub NIE) | Adnotacje  (wypełnia MCOO) |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |
| **Wartość przyznanych świadczeń** | | |  | |  |

# Zatwierdził :

**……………………..……………..**

(dyrektor jednostki)