……………………………………………

*/miejscowość, data/*

…………………………………………

…………………………………………

…………………………………………

*/dane pracownika/*

…………………………

*/nazwa pracodawcy/*

**Ul. Transportowa 20**

**15-399 Białystok**

**Dział Kadr**

 Niniejszym oświadczam, że rezygnuję z możliwości otrzymywania w roku 2020 dofinansowania z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych.

……………………………………………

*/podpis pracownika/*