



Odborový svaz pracovníků
peněžnictví a pojišťovnictví

ŽÁDOST O PŘÍSPĚVEK Lázeňská péče pro členy OSPPP a pojištěnce OZP

1) Vyplní žadatel

Jméno a příjmení	
Datum narození	
Kontaktní údaje (tel., e-mail)	
Číslo bankovního účtu vč. kódu banky <i>(pro proplacení příspěvku OZP)</i>	
Lázeňské zařízení (místo a hotel)	
Termín pobytu od – do	

2) POTVRZENÍ ZO OS O ČLENSTVÍ (vyplní předseda nebo jiný funkcionář ZO)

Název ZO OS	
Číslo ZO OS	
Podpis předsedy (zástupce) vč. razítka ZO	
Datum vystavení	

!!! Věnujte prosím vyplnění značnou pozornost. Bez řádného uvedení všech údajů nebude příspěvek OZP realizován !!!