

**Rejestr wniosków o dofinansowanie do świadczeń z ZFŚS Centrum Usług Wspólnych
w Białogardzie na rok**

Lp.	Nazwisko i imię pracownika	Data wpływu wniosku	Rodzaj wnioskowanego świadczenia	Podpis składającego wniosek o dofinansowanie ze środków ZFŚS CUW
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
15				
X	Razem	X	X	