

**Žádost člena NOS PPP o podporu při dlouhodobé pracovní
neschopnosti
(standardní plnění III.)**

1. Žadatel, žadatelka

Příjmení: Jméno:

Datum narození:

Bydliště.....

E-mail člena:..... Číslo telefonu člena:.....

Číslo účtu člena:

Pracovní neschopnost zahájena dnetrvá – ukončena* dne.....

* označte

POVINNÉ PŘÍLOHY:

- **Kopie rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti potvrzující dobu neschopnosti delší než 6 měsíců**

Potvrzuji, že mi za celou dobu pracovní neschopnosti vznikl nárok na náhradu mzdy a nemocenské dávky.

Prohlašuji, že výše uvedené údaje jsou pravdivé. Beru na vědomí Statut podpůrného fondu.

Datum:

Podpis člena:

2. ZO (MO, DO) NOS PPP.....

Potvrzujeme, že pan/paníje členem/členkou naší ZO (MO, DO) NOS PPP od roku a členské příspěvky má uhrazené do..... .

Potvrzujeme, že údaje v žádosti jsou pravdivé.

Datum:
.....
razítko a podpis člena výboru ZO (MO,DO)