

.....
(miejsowość, data)

OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA

Dot.: faktur/rachunków z dnia na kwotę

.....
(nazwa zagranicznej placówki medycznej)

Ja, niżej podpisany (*imię nazwisko*) zamieszkały w (*adres*) legitymujący się dowodem osobistym (*seria i numer*) oświadczam, że koszty związane z moim leczeniem na terytorium (*kraj*), wymienione we wniosku o zwrot kosztów leczenia z dnia (*data*) złożonego w Łódzkim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Łodzi, pokrył za mnie pracodawca, firma (*nazwa i adres firmy*).

W przypadku otrzymania ewentualnego zwrotu kosztów leczenia zobowiązuję się zwrócić otrzymaną kwotę refundacji na rzecz pracodawcy, firma (*nazwa i adres firmy*).

.....
Podpis pracodawcy (czytelny podpis + pieczęć firmy)

.....
Podpis pracownika (czytelny podpis)