SINDICATUL FUNCȚIONARILOR PUBLICI ȘI LUCRĂTORILOR CONTRACTUALI DIN ADMINISTRAȚIA NAȚIONALĂ A REZERVELOR DE STAT

Bd. Libertății nr.12A, camera 501, sector 5, București

www.sanrs.ro, e-mail:secretariat@sanrs.ro

Nr. ___ din _____

Aprob,
Preşedinte

Vizat,
Delegat grupa sindicală

Cerere

pentru acordarea ajutorului de boală membrului de sindicat

Nume şi prenume……Funcţia……
Adresa……..…
…….

CNP | | | | | | | | | | | | |

Loc de muncă …….
(unitate) (secţie, birou, compartiment)

Acte necesare (se anexează la prezenta, în copie):

- bilet de ieşire din spital din care să rezulte numărul de zile de spitalizare;
- document de identitate al persoanei care solicită ajutorul;

Descrierea sumară a situaţiei……
……
……
…….

Cod IBAN

| R | O | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Banca…….Sucursala…….

Plata ajutorului se face NUMAI prin virament bancar;
În situaţia în care mă voi retrage din S.A.N.R.S. în decurs de 3 (trei) ani de la data prezentei cereri, mă oblig să restitui integral suma primită.
Prezentul înscris constituie titlu executoriu şi sunt incidente prevederile art. 379 raportat la art. 452 Cod de procedură civilă.

Telefon contact …….

Semnătura…… Data ……..

Cererile incomplete şi nevizate se returnează delegatului grupei sindicale din care face parte solicitantul