

**KARTA EWIDENCYJNA
KORZYSTANIA Z ZAKŁADOWEGO FUNDUSZU ŚWIADCZEŃ SOCJALNYCH**

1. Nazwisko i imię, adres, nr tel.	2. Data urodzenia	3. Współprawnieni do korzystania z Funduszu (nazwisko i imię oraz stopień pokrewieństwa dla osoby zatrudnionej) 	4. Tytuł uprawnień:
		5. Data, rodzaj i termin zatrudnienia oraz wymiar czasu pracy Jest ^x , nie jest ^x zatrudniony w warunkach szkodliwych lub uciążliwych	6. Uwagi:
7. Informacje o przyczynie i okresie pozbawienia prawa do korzystania z Funduszu:			

8. Ewidencja korzystania z funduszu

L P .	NAZWA USŁUGI, ŚWIADCZENIA LUB POMOCY; CZAS TRWANIA KOLONII, WZASÓW ITP.	WYSOKOŚĆ DOPŁATY- POMOCY	DATA PRYZNANIA	LICZBA I WYSOKOŚĆ RAT MIESIĘCZNYCH	TERMIN SPŁATY	INFORMACJE O UMORZENIU, NALICZENIU ODSETEK KARNYCH, PRZESUNIĘCIU TERMINU SPŁATY, TERMINIE I PRZYCZYŃNIE POSTAWIENIA NALEŻNOŚCI DO NATYCHMIASTOWEGO ZWROTU	DATA CAŁKOWITEJ SPŁATY LUB UMORZENIA
1	2	3	4	5	6	7	8