



Verkalýðsfélag Vestfirðinga

Pólgötu 2, 400 Ísafirði – Sími: 456-5190 – Fax: 456-3113

Umsókn um styrk v/dvalar á Heilsustofnun í Hveragerði

Umsækjandi: _____

Kennitala: _____ Sími: _____

Heimili: _____ Póstnúmer: _____

Bankareikningur: Banki _____ hb _____ reikn nr. _____

Sótt er um styrk vegna dvalar á
Heilsustofnun í Hveragerði frá ____/____ _____ til ____/____ _____

**Umsókn þarf að fylgja læknisvottorð, reikningur frá Heilsustofnun og
vottorð launagreiðanda um vinnu umsækjanda s.l. 12 mánuði.**

Skýringar: _____

Síðasti vinnustaður fyrir veikindi/slys _____

Til hvaða tíma greiddi launagreiðandi laun: ____/____ _____

.....
Undirskrift.

.....
dags.