

---

# KAPITUŁA LUBUSKI SAMARYTANIN

---

## WNIOSEK O PRYZNANIE NAGRODY INDYWIDUALNEJ PRACOWNICY SŁUŻBY ZDROWIA

<b>ZGŁASZAJĄCY</b>	
Nazwisko i Imię:	
telefon, e-mail,	

<b>KANDYDAT DO NAGRODY</b>	
Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania, telefon, e-mail	
Wiek stan rodzinny	
Miejsce zatrudnienia	

<b>Opis działalności kandydata do nagrody</b>

## Uzasadnienie wniosku o przyznanie nagrody

## Decyzja Kapituły

*Miejscowość, data*

*Sekretarz Kapituły*

*Przewodniczący Kapituły*



Duszpasterstwo Chorych  
i Służby Zdrowia  
Diecezji Zielonogórsko-Gorzowskiej

**NFZ**

Narodowy Fundusz Zdrowia  
Lubuski Oddział Wojewódzki w Zielonej Górze