

Imię i nazwisko : \_\_\_\_\_

Adres : \_\_\_\_\_

Numer świadczenia : \_\_\_\_\_

Kasa Rolniczego  
Ubezpieczenia Społecznego  
Oddział Regionalny w Bydgoszczy

## WNIOSEK

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przebadanie mnie w celu  
przyznania dodatku pielęgnacyjnego.

Załączniki :  
- druk KRUS N-14.

Świecie, dnia .....  
/podpis osoby składającej oświadczenie/