Univerzita Karlova
1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, 121 08 Praha 2

**Žádost o stravenkovou kartu Pluxee**

PŘÍJMENÍ a JMÉNO zaměstnance:

Pracoviště:

V souladu s příslušným opatřením děkana fakulty žádám o stravenkovou kartu Pluxee

s účinností od (měsíc/rok):

V Praze dne:

Podpis zaměstnance