

.....
Miejscowość i data

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

**Międzyzakładowa Organizacja Związkowa
NSZZ „Solidarność”
Pracowników Oświaty i Wychowania
w Będzinie**

**Wniosek
o wypłatę zasiłku statutowego z tytułu śmierci członka Związku/członka rodziny**

Proszę o wypłacenie mi zasiłku z tytułu
śmierci:

.....
(stopień pokrewieństwa, imię i nazwisko zmarłego oraz - w przypadku śmierci członka rodziny
- adres zamieszkania zmarłego)

W załączeniu przedkładam akt zgonu nr wydany przez
.....

.....
Podpis wnioskodawcy

Decyzja Komisji Międzyzakładowej:

Zgodnie z decyzją MKZ nr..... z dnia przyznano zasiłek statutowy z tyt.
śmierci w wys.

.....
Podpis przewodniczącego MKZ

.....
Podpis sekretarza MKZ

.....
Data i podpis wypłacającego /skarbnika/

.....
Kwotę powyższą otrzymałem/am
Data i podpis