

.....
(miejscowość i data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

**Organizacja Międzyzakładowa
NSZZ „Solidarność”
Oświaty i Wychowania
Ziemi Będzińskiej**

**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):

W załączeniu podaję akt zgonu nr:

wydany przez

Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych wyżej danych osobowych w celu przyznania mi zasiłku statutowego.

.....
(podpis wnioskodawcy)

Decyzja Komisji Międzyzakładowej:

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

.....
(podpis przewodniczącego OM)

.....
(podpis sekretarza OM)

.....
(data i podpis wypłacającego /skarbnika)

Potwierdzam odbiór gotówki dnia

.....
(podpis członka związku)

Wykonano przelew na konto nr: _ _ _ _ _

dnia.....

.....
(podpis przewodniczącego OM)