.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

Formularz Nr 4

Dąbrowa Górnicza, dn. .....

.....
Wydział/Zakład, nr ew. data wstąpienia do związku

.....
PESEL data urodzenia

ADRES ZAMIESZKANIA:

Województwo: Powiat:

Gmina: Ulica:

Nr domu: Nr mieszkania:

Miejscowość: Kod poczt:

Poczta:

MOZ NSZZ „SOLIDARNOŚĆ"
ARCELORMITTAL POLAND SA
– DĄBROWA GÓRNICZA

WNIOSEK

Proszę o przyznanie zapomogi losowej dla odchodzących na rentę stałą/czasową, emeryturę, świadczenie przedemerytalne, z tytułu długotrwałej choroby (od 21-go dnia choroby), z tytułu zgonu członka rodziny/związku, zasiłku z tytułu z tytułu urodzenia dziecka *(*właściwe podkreślić)* na podstawie:

.....
(numer decyzji ZUS, RUP i data jej wydania lub aktu zgonu lub aktu urodzenia lub potwierdzona przez wydział długość zwolnienia lekarskiego)

....
Potwierdzenie Komisji (pieczęć i podpis) Potwierdzenie przez Wydział/Zakład (pieczęć i podpis) Podpis wnioskodawcy

Wpis do rejestru i sprawdzenie pod względem formalnym

Data, pieczątka i podpis .....

UPOWAŻNIENIE

Proszę o przelanie należnej mi kwoty na rachunek bankowy nr:

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

POKWITOWANIE WYPŁATY

Ja, ... otrzymałem w dniu .....

Kwotę .....zł (słownie: .....)

.....
Podać nazwę i nr dowodu tożsamości

....
podpis wypłacającego czytelny podpis otrzymującego

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

Formularz Nr 4

Dąbrowa Górnicza, dn. .....

.....
Wydział/Zakład, nr ew. data wstąpienia do związku

.....
PESEL data urodzenia

ADRES ZAMIESZKANIA:

Województwo: Powiat:

Gmina: Ulica:

Nr domu: Nr mieszkania:

Miejscowość: Kod poczt:

Poczta:

MOZ NSZZ „SOLIDARNOŚĆ"
ARCELORMITTAL POLAND SA
– DĄBROWA GÓRNICZA

WNIOSEK

Proszę o przyznanie zapomogi losowej dla odchodzących na rentę stałą/czasową, emeryturę, świadczenie przedemerytalne, z tytułu długotrwałej choroby (od 21-go dnia choroby), z tytułu zgonu członka rodziny/związku, zasiłku z tytułu z tytułu urodzenia dziecka *(*właściwe podkreślić)* na podstawie:

.....
(numer decyzji ZUS, RUP i data jej wydania lub aktu zgonu lub aktu urodzenia lub potwierdzona przez wydział długość zwolnienia lekarskiego)

....
Potwierdzenie Komisji (pieczęć i podpis) Potwierdzenie przez Wydział/Zakład (pieczęć i podpis) Podpis wnioskodawcy

Wpis do rejestru i sprawdzenie pod względem formalnym

Data, pieczątka i podpis .....

UPOWAŻNIENIE

Proszę o przelanie należnej mi kwoty na rachunek bankowy nr:

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

POKWITOWANIE WYPŁATY

Ja, ... otrzymałem w dniu .....

Kwotę .....zł (słownie: .....)

.....
Podać nazwę i nr dowodu tożsamości

....
podpis wypłacającego czytelny podpis otrzymującego