WNIOSEK O WYPŁACENIE
zasiłku statutowego

DANE WNIOSKODAWCY:

…….
NAZWISKO I IMIĘ

…….
ADRES ZAMIESZKANIA

……..
TEL. KONTAKTOWY

…….
JEDNOSTKA ZATRUDNIAJĄCA

DO ZWIĄZKU „SOLIDARNOŚĆ”
NALEŻĘ OD…….

Międzyzakładowa Organizacja Związkowa
NSZZ „Solidarność”
Uniwersytetu Medycznego
i Uniwersyteckich Szpitali Klinicznych
w Łodzi

Wniosek o wypłacenie zasiłku statutowego z tytułu *(niepotrzebne skreślić)*:
- urodzenia dziecka,
- zgonu członka rodziny[1]……,
- zgonu członka związku[1]…….

Do wniosku załączam wyciąg aktu urodzin/zgonu*:…….

……..……
PODPIS WNIOSKODAWCY

[1] proszę podać stopień pokrewieństwa

* niepotrzebne skreślić

KONTO BANKOWE WNIOSKODAWCY

DECYZJA ……

Dnia..... roku przyznano/nie przyznano* zasiłek statutowy w wysokości:

…….. zł , słownie ..... zł.

……
PODPIS CZŁONKA PREZYDIUM

* - niepotrzebne skreślić

DANE OTRZYMUJĄCEGO
Imię i nazwisko: ……
Nr dowodu osobistego: ……. wyd. przez……