----------------------------------------- ----------------------------------  
miejscowość data

**URZĄD GMINY RASZYN**

**W N I O S E K O W Y P Ł A T Ę D I E T Y P R Z Y S Ł U G U J Ą C E J M Ę Ż O W I Z A U F A N I A   
W W Y B O R A C H S A M O R Z Ą D O W Y C H W D N I U 7 K W I E T N I A 2 0 2 4 R O K U   
W Y Z N A C Z O N E M U D O O B W O D O W E J K O M I S J I W Y B O R C Z E J**

Obwodowa Komisja Wyborcza nr -----. w --------------------------------------------------------------------------------

Imię (imiona) i nazwisko -----------------------------------------------------------------------------------------------------

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------  
adres zameldowania

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------  
adres do korespondencji, jeżeli jest inny niż adres zameldowania

PESEL ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Urząd Skarbowy Właściwy dla podatnika --------------------------------------------------------------------------------  
  
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Proszę o przelanie należności, na wskazane poniżej konto, z tytułu pełnienia obowiązków męża zaufania przy OKW nr -------, w ---------------------------------------------------------------------------------------------w Wyborach Samorządowych w dniu 07.04.2024r.

**Nr rachunku bankowego ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**----------------------------------------**data, podpis

Załącznik:- zaświadczenie z właściwej OKW o spełnieniu warunków do wypłaty diety (oryginał lub uwierzytelniona kopia)