
miejsowość

data

URZĄD GMINY RASZYN

**WNIOSEK O WYPŁATĘ DIETY PRZYSŁUGUJĄCEJ MĘŻOWI ZAUFANIA
W WYBORACH SAMORZĄDOWYCH W DNIU 7 KWIETNIA 2024 ROKU
WYZNACZONEMU DO OBWODOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ**

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)