………………………………………………….. Wrocław, dnia …………………..……

*(nazwisko i imię wnioskodawcy)*

…………………………………………………..

*(adres zamieszkania)*

**WNIOSEK**

**o wypłatę zasiłku statutowego z tytułu zgonu członka rodziny**

Proszę o wypłacenie mi zasiłku z tytułu zgonu …………………………………………

(*Wpisać: żony, męża, matki, ojca, dziecka)*

………………………………………………………. . Zgon nastąpił w dniu …………………….

*(imię i nazwisko zmarłego)*

na dowód czego przedstawiam do wglądu odpis skrócony Aktu Zgonu Nr ………….……….

i wyrażam zgodę na wykonanie kopii tego dokumentu.

Jestem członkiem związku od ………………………………

(*miesiąc, rok)*

……………………………………..

*(własnoręczny podpis)*

Stwierdzam, że wnioskodawca opłaca składki ZNP nieprzerwanie od ……………………….

do ……………………….……. i posiada staż członkowski ………….……………….. oraz,

że przedłożył oryginały dokumentów potwierdzających tytuł do otrzymania zasiłku.

Data ………………………………. …………………………………….

*(podpis przyjmującego wniosek)*

**DECYZJA RADY ZAKŁADOWEJ**

Rada Zakładowa ZNP postanawia:

- przyznać zasiłek w kwocie …………… zł (*słownie:* ……..………………………………….)

- odmówić przyznania zasiłku z powodu:

……………………………………………………………………………………………………….............

Data ………………………………. …………………………………………….

*(pieczątki i podpisy Prezesa i Wiceprezesa)*

**POKWITOWANIE**

Kwotę zł ……………………. (*słownie:* ………..………………………………)

Otrzymałem/am w dniu …………………………………………………….

*(data i czytelny podpis)*

Rodzaj i nr dowodu tożsamości ……………………………………………..

Stwierdzam zgodność z oryginałem …………………………………………

*(data i podpis kasjera)*