………………………………………………….. 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)*