Rypin dnia …….2024 r.

Burmistrz Miasta Rypin

ul. Warszawska 40

87-500 Rypin

WNIOSEK O WYPLATĘ DIETY DLA MĘŻA ZAUFANIA

Imię i nazwisko wnioskodawcy ……..,

Numer ewidencyjny PESEL

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Adres zameldowania ul. ……., …….,

Adres do korespondencji, jeśli jest inny niż adres zameldowania

…..…… jw. ……..,

Oznaczenie numeru obwodowej komisji wyborczej, przy której wnioskodawca wykonywał obowiązki męża zaufania ☐☐

Oznaczenie właściwego urzędu skarbowego w Rypinie ul. Dojazdowa 10 ,

Wnioskuję o wypłatę na konto bankowe ☐

☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

(numer konta bankowego, na które przelana ma być dieta)

Wnioskuję o wypłatę diety w gotówce w kasie Urzędu Miasta Rypin ☐

……..

(podpis wnioskodawcy)