

Nazwisko Rap. Kas. Nr poz.

Imię

Miejsce pracy

Dowód tożsamości Nr rejestru

W N I O S E K

o wypłatę świadczenia na rzecz członka Związku

Proszę o wypłacenie mi świadczenia w związku z odejściem na emeryturę / rentę z dniem

Jestem członkiem Związku od dnia

i regularnie opłacam składki członkowskie.

..... / miejsce i data / / podpis wnioskodawcy /

PRZELEW BANKOWY

Bank i nr konta

Adres wnioskodawcy

Podpis wnioskodawcy

Zatwierdzono do wypłaty:

Kwota zł Słownie zł

.....
/ data i podpis wystawiającego przelew /

.....
/ podpis członka Prezydium /

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/ny oświadczam, że z dniem
odchodzę na emeryturę / rentę chorobową.

Oświadczam również, iż w przypadku stwierdzenia, że stan faktyczny jest inny od
podanego przeze mnie, zobowiązuję się do zwrotu otrzymanego świadczenia niezwłocznie
po wezwaniu przez MBZZ w Grupie ORLEN

.....
/data/

.....
/Podpis/