

Nazwisko Rap. Kas. Nr poz.

Imię

Spółka/kom.org.

Dowód tożsamości Nr rejestru

W N I O S E K

o wypłatę zasiłku statutowego z tytułu zgonu członka rodziny / członka MBZZ /.

.....
/ nazwisko i imię zmarłego oraz stopień pokrewieństwa /

Zgon nastąpił w dniu, w

Na dowód czego załączam wyciąg aktu zgonu Nr,
z dnia, wystawiony przez Urząd Stanu Cywilnego
w

Jestem / był / członkiem Związku od dnia
i regularnie opłacam / opłacał / 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 O POZOSTAWANIU W ZWIĄZKU MAŁŻEŃSKIM

(wypełnić gdy Wniosek dotyczy zgonu teściowej lub teścia)

Ja niżej podpisana/ny oświadczam, że pozostaję w związku małżeńskim

Z

córką / synem zmarłej/ego

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/