

.....

Koszalin dnia

/imię i nazwisko członka Związku/

Do Zarządu Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Kierowców i
Motorniczych Organizacji Zakładowej Komunikacji Miejskiej w Koszalinie

Wniosek o wypłatę zasiłku z tytułu zgonu członka rodziny

Proszę o wypłacenie zasiłku z tytułu śmierci członka rodziny.

Stopień pokrewieństwa:

Data zgonu:

Do wniosku należy załączyć odpis aktu zgonu członka rodziny, co stanowi warunek wypłaty w/w zasiłku.

DANE WNIOSKUJĄCEGO:

Adres zamieszkania:

.....

Numer rachunku bankowego

.....

/miejscowość, data/

.....

/czytelny podpis wnioskującego/