

.....  
miejscowość      data

.....  
nazwisko i imię

.....  
adres wnioskodawcy

**Międzyzakładowa Organizacja Związkowa  
NSZZ „Solidarność „ Uniwersytetu Medycznego  
we Wrocławiu**

**WNIOSEK  
o wypłatę zasiłku statutowego z tytułu zgonu  
członka Związku NSZZ „Solidarność „ – rodziny \* członka Związku.**

Proszę o wypłacenie mi zasiłku statutowego z tytułu zgonu /stopień pokrewieństwa , imię i nazwisko zmarłego/  
.....

**Na dowód przedstawiam\*:**

1. Wyciąg z aktu zgonu nr ..... wystawiony przez  
Urząd Stanu Cywilnego w .....

.....  
data i podpis przyjmującego wniosek

.....  
podpis wnioskodawcy

**Decyzja Międzyzakładowej Organizacji Związkowej NSZZ „Solidarność „ UMW**

Po rozpatrzeniu wniosku i sprawdzeniu dokumentów zgodnie z regulaminem przyznaje się  
Kol. ....  
legitymującej/mu się dowodem osobistym Nr ..... zasiłek statutowy w wysokości  
regulaminowej.....zł, słownie .....

.....  
miejscowość, data

.....  
podpis członka Prezydium Komisji MOZ

**Pokwitowanie: \***

**Przelew na rachunek\***

Kwotę ..... zł słownie: .....

**Przelano na rachunek bankowy nr .....**

otrzymałam/em dnia .....

.....  
podpis otrzymującego

.....  
podpis przelewającego

\* - niepotrzebne skreślić