

.....
Nazwisko i imię

Brzeg Dolny dn.

.....
Adres zamieszkania

.....
Wydział

.....
Telefon Dom / Praca

Do Zarządu MOZ
Pracowników Zakładów i Spółek "Rokita"

WNIOSEK

**o wypłatę zasiłku statutowego z tytułu
zgonu członka rodziny**

.....
Nazwisko i imię zmarłego

.....
stopień pokrewieństwa

Zgon nastąpił w dniu numer aktu zgonu

Wydany przez USC w

.....
Podpis

Należna kwota zasiłku :

.....
Pokwitowanie odbioru

Akceptuję do wypłaty

.....
.....