Rypin dnia ………………….2024 r.

Burmistrz Miasta Rypin
ul. Warszawska 40
87-500 Rypin

 **WNIOSEK O WYPLATĘ DIETY DLA MĘŻA ZAUFANIA**

Imię i nazwisko wnioskodawcy …………………………………………………………………..,

Numer ewidencyjny PESEL

Adres zameldowania ul. ……………………………………….., …………………………………………………,

Adres do korespondencji, jeśli jest inny niż adres zameldowania

 …...………………………………………… jw. ……………….…………………………………………………………..,

Oznaczenie numeru obwodowej komisji wyborczej, przy której wnioskodawca wykonywał obowiązki męża zaufania

Oznaczenie właściwego urzędu skarbowego w Rypinie ul. Dojazdowa 10 ,

Wnioskuję o wypłatę na konto bankowe

(numer konta bankowego, na które przelana ma być dieta)

Wnioskuję o wypłatę diety w gotówce w kasie Urzędu Miasta Rypin

 ………………………………….....…….....

 *(podpis wnioskodawcy)*