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 ……………………………………….………………..………………………………………

Tel. kontaktowy ………………………………

Adres do korespondencji, jeśli jest inny niż adres zameldowania

…...………………………………………………….…………….…………………………………………………………..

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

Oznaczenie właściwego urzędu skarbowego: ………………………………………………………………

PIT–R (Informacja o wypłaconych podatnikowi kwotach z tytułu pełnienia obowiązków społecznych i obywatelskich) proszę przesłać na adres e-mail:

…………………………………………………………………………………………………………………………….………

Wnioskuję o wypłatę diety na poniższy r-k bankowy:

………………………………….....…….....

*(podpis wnioskodawcy)*