

Stargard,
(miejscowość, data)

Prezydent Miasta Stargard
ul. Hetmana Stefana Czarnieckiego 17
73-110 Stargard

**WNIOSEK
O WYPŁATĘ DIETY DLA MĘŻA ZAUFANIA**

wyznaczonego do obwodowej komisji wyborczej w wyborach do Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
i do Senatu Rzeczypospolitej Polskiej, zarządzonych na dzień 15 października 2023 r.

Imię i nazwisko wnioskodawcy											
Numer PESEL											
Adres zameldowania											
Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zameldowania)											
Proszę o przełanie diety na konto bankowe*											
Nazwa banku: Numer konta bankowego:											
Dietę odbiorę w kasie Urzędu Miejskiego *											
Oznaczenie obwodowej komisji wyborczej, przy której wnioskodawca wykonywał obowiązki męża zaufania	Obwodowa Komisja Wyborcza Nr w Stargardzie										
Nazwa i adres Urzędu Skarbowego											

* niewłaściwe skreślić

.....
(podpis męża zaufania)

W załączeniu:

Zaświadczenie (lub jego uwierzytelniona kopia) dla męża zaufania, który spełnił warunki niezbędne do wypłaty diety wydane przez przewodniczącego obwodowej komisji wyborczej.