

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 telefonu											
Numer PESEL											
Adres zameldowania											
Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zameldowania)											
<b>Proszę o przełanie diety na konto bankowe*</b>											
Nazwa banku: Numer konta bankowego:											
<b>Dietę odbiorę w kasie Urzędu Miejskiego *</b>											
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.