

.....
(miejscowość, data)

WÓJT GMINY STARGARD

ul. Rynek Staromiejski 5

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) | |
| Proszę o przelanie diety na konto bankowe* | |
| Nazwa banku: | |
| Numer konta bankowego | |
| Dietyę odbiorę w kasie* | |
| Oznaczenie obwodowej komisji wyborczej, przy której wnioskodawca wykonywał obowiązki męża zaufania | Obwodowa Komisja Wyborcza Nr W |
| Nazwa i adres Urzędu Skarbowego | |

*niewłaściwe skreślić

.....
(podpis męża zaufania)

W załączeniu:

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