

.....  
(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 organów jednostek samorządu terytorialnego w głosowaniu w dniu 7 kwietnia 2024 r.

Imię i nazwisko wnioskodawcy	
Numer telefonu	
Numer PESEL	
Adres zameldowania	
Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zameldowania)	
<b>Proszę o przelanie diety na konto bankowe*</b>	
Nazwa banku:	
Numer konta bankowego	
<b>Dietyę odbiorę w kasie*</b>	
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.