

Nazwisko i imię

Lubin, dnia

Adres

Nr tel.

PESEL

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

PREZYDENT MIASTA LUBINA

WNIOSEK

o wypłacie świadczenia pieniężnego rekompensującego utracony dochód z prowadzonej działalności gospodarczej

Zwracam się z prośbą o wypłacenie świadczenia pieniężnego rekompensującego utracony dochód z prowadzonej działalności gospodarczej w związku z odbytymi ćwiczeniami wojskowymi w dniach od..... do..... w Jednostce Wojskowej Nr w Stopień wojskowy Imię ojca

Jednocześnie proszę o dokonanie wypłaty * :

- przelewem na moje konto nr
- Bank
- gotówką w kasie Urzędu Miejskiego.

W załączeniu przedkładam :

1. Zaświadczenie o odbyciu ćwiczeń wojskowych (wydaje dowódca jednostki wojskowej);
- Zaświadczenie o kwocie dziennego utraconego dochodu (wydaje Naczelnik Urzędu Skarbowego – wysokość kwoty winna być wyliczona zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 25 sierpnia 2015 roku w sprawie ustalania i trybu wypłacania świadczenia pieniężnego żołnierzom rezerwy oraz osobom przeniesionym do rezerwy niebędącymi żołnierzami rezerwy – Dz. U. z 2018 r. poz. 881 z późniejszymi zmianami).

.....

podpis wnioskodawcy

* niepotrzebne skreślić