**Wniosek o przyznanie świadczenia ratowniczego**

|  |  |
| --- | --- |
| **A.** | **ADNOTACJE URZĘDOWE** *(wypełnia właściwa komenda powiatowa/miejska Państwowej Straży Pożarnej)* |
|  | **Wniosek wpłynął do Komendy Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Pabianicach dnia ………………………** |
|  | **Został zarejestrowany pod numerem** |

|  |
| --- |
|  |

 |
|  | **……………………………** **(pieczątka służbowa i podpis)** |
|  | **Wnoszę o przyznanie świadczenia ratowniczego** *(wnioskodawca wypełnia część „B” druku WIELKIMI LITERAMI)* |
| **B.1.** | **DANE PERSONALNE** |
|  | Nazwisko |  | Pierwsze imię |  |
|  | Drugie imię |  | Data urodzenia |  | Numer PESEL |  |
|  | Seria i nr dowodu osobistego / Numer paszportu\*) (należy wypełnić, jeśli nie nadano numeru PESEL)  |
| **B.2.** | **ADRES ZAMIESZKANIA** |
|  | Ulica |  | Nr domu |  | Nr lokalu |  |
|  | Kod pocztowy |  | Miejscowość |  | Gmina/Dzielnica |  |
|  | Powiat |  | Województwo |  | Nazwa państwa |  |
| **B.3.** | **ADRES DO KORESPONDENCJI (należy podać, jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)** |
|  | Ulica |  | Nr domu |  | Nr lokalu |  |
|  | Kod pocztowy |  | Miejscowość |  | Gmina/Dzielnica |  |
|  | Powiat |  | Województwo |  | Nazwa państwa |  |
| **B.4.** | **DYSPOZYCJA WNIOSKODAWCY** |
|  | Świadczenie ratownicze proszę przekazywać na wskazany adres zamieszkania / adres do korespondencji / poniższy rachunek bankowy\*)\*\*): |
|  | Adres: | …………………………………………………………………………………………………………… |
|  | Numer rachunku bankowego/rachunku w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej: |
|  |

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

 |
|  | Nazwa banku / spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej: |
|  |  |  |
| Adres urzędu skarbowego właściwego dla wnioskodawcy: |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **B.5.** | **ZAŁĄCZNIKI: \*\*\*)** |
|  |
|  |  |
|  | (miejscowość, data) |  |  | (podpis wnioskodawcy / przedstawiciela ustawowego / pełnomocnika / opiekuna prawnego\*)) |  |