Załącznik nr 4

Rejestr wniosków składanych przez emerytów PSP

Lp.	***Nazwisko, imię emeryta***	***Telefon kontaktowy emeryta***	***Rodzaj świadczenia o które ubiega się emeryt***	***Data złożenia wniosku w KM/P PSP***	***Data złożenia wniosku w KW PSP***	***Informacje uzyskanie telefonicznie 47 851- 57-13***	
						data posiedzenia	***rodzaj przyznanego świadczenia- kwota***
ROK							