

Ząbkowice Śląskie, .....  
(miejscowość, data)

**Burmistrz Miasta Ząbkowice Śląskich**  
Ul. 1 Maja 15  
57-200 Ząbkowice Śląskie

**WNIOSEK  
O WYPŁATĘ DIETY**

dla męża zaufania wyznaczonego do obwodowej komisji wyborczej w wyborach  
do organów jednostek samorządu terytorialnego  
zarządzonych na dzień 7 kwietnia 2024 r.

Imię i nazwisko wnioskodawcy	
Numer PESEL	
Adres zameldowania	
Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zameldowania)	
	<b>WNOSZĘ O:</b> <input type="checkbox"/> przelanie diety na konto bankowe <input type="checkbox"/> wypłatę diety w gotówce
Nazwa banku	
Numer konta bankowego	
Oznaczenie obwodowej komisji wyborczej, przy której wnioskodawca wykonywała obowiązki męża zaufania	Obwodowa Komisja Wyborcza Nr ..... w Ząbkowicach Śląskich
Nazwa i adres Urzędu Skarbowego	

.....  
(podpis wnioskodawcy)

**W załączeniu:**

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

## **OŚWIADCZENIE**

**Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na\*:**

przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie prywatnego numeru telefonu oraz adresu e-mail w celu skontaktowania się ze mną w sprawach związanych z rozliczeniem diety za wykonywanie obowiązków męża zaufania podczas wyborów do organów jednostek samorządu terytorialnego w 2024

Niniejszym oświadczam, że udzielam zgody dobrowolnie oraz że zostałem/am poinformowany/a o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, jak również wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie.

**\*zaznacz właściwe zgody**

.....  
data i czytelny podpis