

.....  
*Miejscowość*

.....  
*Data*

.....  
*Imię i nazwisko*

.....  
*Nr PWZ*

Proszę o wypłacanie jednorazowego zasiłku z tytułu urodzenia/przysposobienia\* dziecka.

.....  
*Podpis*

\* - niewłaściwe skreślić