



Ogólnopolski Związek Zawodowy Oficerów i Marynarzy  
Polish Seafarers' Union

Affiliated to the ITF



Head Office: 81-350 GDYNIA, 8 Plac Kaszubski Sq., Ph.(58)6207760, Fax:(58)6210122  
Branch Office:70-452 SZCZECIN, 8A Podhalańska Str., Ph.(91)4315888, Fax:(91)4335713  
http://www.psu-pl.org e-mail: gdynia@psu-pl.org szczecin@psu-pl.org

.....  
(Imię i Nazwisko członka Związku)

.....  
(Imię i Nazwisko osoby upoważnionej do odbioru świadczenia)

.....  
(Adres)

.....  
(Adres)

W N I O S E K

*o wypłatę świadczenia związkowego z tytułu ukończenia kursu STCW*

Proszę o wypłatę świadczenia związkowego z tytułu ukończenia n/wym. kursów: \*

- a) indywidualnych technik ratunkowych:
  - pierwsze świadectwo
  - odnowienie
- b) przeciwpożarowego stopnia podstawowego:
  - pierwsze świadectwo
  - odnowienie
- c) przeciwpożarowego stopnia wyższego:
  - pierwsze świadectwo
  - odnowienie
- d) medycznego:
  - pierwszej pomocy medycznej – basic
  - pierwszej pomocy medycznej – First Aid
  - wyższy medyczny – Medical Care
  - odnowienie wyższego medycznego – Medical Care
- e) bezpieczeństwa osobistego i odpowiedzialności wspólnej
  - pierwsze świadectwo
- f) ratownika
  - pierwsze świadectwo
  - odnowienie
- g) starszego ratownika
  - pierwsze świadectwo
  - odnowienie
- h) eksploatacja zbiornikowców stopnia podstawowego
  - pierwsze świadectwo
  - odnowienie
- i) eksploatacja zbiornikowców stopnia wyższego
  - pierwsze świadectwo
  - odnowienie
- j) problematyka ochrony statku
  - pierwsze świadectwo

LUB

- k) zwrot kosztów poniesionych z tytułu wydania świadectwa STCW

\*zaznaczyć właściwe

W załączeniu przedkładam oryginały rachunków i kserokopie świadectw ukończenia kursów.

Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku przyznania mi świadczenia – zobowiązany jestem wykazać wysokość otrzymanego świadczenia w rocznym zeznaniu podatkowym, jako przychód z innych źródeł

PESEL: .....

.....  
Podać Urząd Skarbowy

Sposób przekazania świadczenia\*:

- odbiór w biurze

- przekaz

- przelew - nr konta: .....

.....  
(data)

.....  
(podpis osoby występującej o świadczenie)

## DECYZJA

Na podstawie Regulaminu przyznawania świadczeń, stwierdzam prawo do świadczenia związkowego z tytułu:

1. .... kwota ..... zł

2. .... kwota ..... zł

3. .... kwota ..... zł

4. .... kwota ..... zł

Razem: ..... zł

Słownie zł:

.....

..... dnia .....  
(Przedstawiciel OZZOiM)

Zatwierdzono do wypłaty

.....  
(Przedstawiciel OZZOiM)

## POKWITOWANIE

Ja, niżej podpisany.....

kwituję odbiór zł ..... (słownie zł: .....)

.....)

Nr dowodu osobistego lub książeczki żeglarskiej.....

....., dnia .....  
(podpis)