

Odborový svaz ECHO
Rubeška 393/7, Vysočany
190 00 Praha 9

Žádost o sociální výpomoc při smrtelném pracovním úrazu člena ZO/MO OS ECHO

Příslušná ZO/MO OS ECHO žádá sociální výpomoc pro pozůstalé po:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Členství v ZO/MO OS ECHO od: a ke dni smrti trvalo.

Pozůstalé rodině po postiženém členovi bez nezaopatřených dětí v celkové výši 50 000,- Kč.

Jméno a příjmení: manžel/manželka* druh/družka*

Datum narození:

Bydliště (vč. PSC):

Číslo bankovního účtu pozůstalých pro výplatu sociální výpomoci:

K žádosti je nutné přiložit:

- oddací list nebo,
- písemné prohlášení ZO/MO OS ECHO nebo jiné relevantní potvrzení, že druh/družka, žili ke dni smrti se zemřelým členem

Čestné prohlášení ZO/MO OS ECHO

Prohlašuji tímto, že údaje uvedené v této žádosti jsou pravdivé.

Kontaktní osoba za ZO/MO OS ECHO:

Jméno, příjmení Funkce

Telefon:

Dne:

.....
podpis
ZO/MO OS ECHO

Vyjádření svazového inspektora BOZP:

.....

.....

V dne: jméno, příjmení, podpis:

*) *nehodící se škrtněte*