**WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA**

|  |
| --- |
| UWAGA:  - wypełnij wniosek WIELKIMI LITERAMI;  - pola wyboru zaznacz znakiem X. |

|  |
| --- |
| DANE ŻOŁNIERZA ZAWODOWEGO SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK |
| Pani/Pan[[1]](#footnote-1)) …......…………………………………………………….. ……………...………………………..  STOPIEŃ, IMIĘ I NAZWISKO DATA WYPEŁNIENIA  …......…………………………………………………………………  MIEJSCOWOŚĆ i GARNIZON PEŁNIONEJ SŁUŻBY ORAZ NR JW, NAZWA JW LUB INSTYTUCJI   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   PESEL |
| ADRES ZAMIESZKANIA |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | **-** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   KOD POCZTOWY POCZTA     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   MIEJSCOWOŚĆ   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   ULICA   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   NUMER DOMU NUMER LOKALU  Adres korespondencyjny[[2]](#footnote-2)): ..………………………………………………………………………………………….  nr telefonu[[3]](#footnote-3)): ……………………………………………….  adres e-mail3): ……………………………………………….  adres elektroniczny3): ……………………………………….. |

|  |
| --- |
| NAZWA ORGANU WŁAŚCIWEGO DO REALIZACJI WNIOSKU |
| **DYREKTOR ODDZIAŁU REGIONALNEGO AGENCJI MIENIA WOJSKOWEGO** |
| w ………………...……………………………….……….. |

1. **TREŚĆ WNIOSKU**

|  |
| --- |
| PROSZĘ O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA, W ZAKRESIE: |
| * 1.  otrzymywanego świadczenia mieszkaniowego i odpowiednio wskazanie:   miesięcznej kwoty świadczenia mieszkaniowego;  kwoty wypłaconego świadczenia mieszkaniowego;  okresu otrzymywania świadczenia;  inne ………………………………………………………………………………………...   nieotrzymywania świadczenia mieszkaniowego:  inne ………………………………………………………………………………………... |
| * 1. korzystania z miejsca w internacie lub kwaterze internatowej bez członków rodziny:   miejscu i okresie zakwaterowania;  inne ………………………………………………………………………………………...  niekorzystania z miejsca w internacie lub kwaterze internatowej bez członków rodziny:  inne ………………………………………………………………………………………... |
| * 1. zamieszkiwania w zasobie Agencji Mienia Wojskowego w miejscowości, która nie jest miejscowością pobliską w rozumieniu [art. 1a ust. 1 pkt 7](http://lex.amw.com.pl/#/document/16796941?unitId=art(1(a))ust(1)pkt(7)&cm=DOCUMENT) ustawy o zakwaterowaniu[[4]](#footnote-4), do miejsca pełnionej służby:   miejscu i okresie zakwaterowania;  inne ………………………………………………………………………………………….  niemieszkiwania w zasobie Agencji Mienia Wojskowego  inne …………………………………………………………………………………………. |
| CEL WYDANIE ZAŚWIADCZENIA: |
| do wniosku o dodatek za rozłąkę;  do wniosku o zwrot kosztów przejazdów nie częściej niż raz w miesiąca do miejsca zamieszkania członków rodziny i z powrotem;  do wniosku o zwrot kosztów codziennych dojazdów nie częściej z miejsc zamieszkania do miejsca pełnienia służby i z powrotem;  do wniosku o kredyt;  inne ………………………………………………………………………………………. |
| SPOSÓB ODBIORU ZAŚWIADCZENIA: |
| osobisty za pośrednictwem urzędu pocztowego e-Doręczenia |
| LICZBA EGZEPLARZY: |
| 1 2 3 4 |

**II. MIEJSCE NA PODANIE DODATKOWYCH ŻĄDAŃ/DANYCH LUB INFORMACJI:**

……..……………………………………………………………………………………………………………..

……..……………………………………………………………………………………………………………..……..……………………………………………………………………………………………………………..

……..……………………………………………………………………………………………………………..

…………………….………………………..

DATA I CZYTELNY PODPIS

**OŚWIADCZENIE**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: numeru telefonu, adresu e-mail i adresów elektronicznych przez Agencję Mienia Wojskowego wyłącznie w celach związanych z realizacją prawa   
do zakwaterowania.

…………………….………………………..

DATA I CZYTELNY PODPIS

1. ) Niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-1)
2. ) Należy uzupełnić, jeśli adres do doręczeń jest inny niż adres zamieszkania. [↑](#footnote-ref-2)
3. ) Dane nieobowiązkowe. Podając je, usprawnisz kontakt z Agencją Mienia Wojskowego. [↑](#footnote-ref-3)
4. ) Ustawy z dnia 22 czerwca 1995 r. o zakwaterowaniu Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2022 r. poz. 1623 oraz z 2023 r. poz. 1872). [↑](#footnote-ref-4)