

....., dnia

nr reny rodzinnej

.....

imię i nazwisko

.....

adres zamieszkania

.....

.....

telefon

Wojskowe Biuro Emerytalne
ul. Złota 5
00-909 Warszawa

Oświadczenie

Proszę o przedłużenie wypłaty (części)* reny rodzinnej na miesiąc (wrzesień/październik/luty/marzec.....r.)*. Oświadczam, że do dnia (15 września /15 października /15 lutego/15 marca.....r.) dostarczę zaświadczenie o dalszej kontynuacji nauki w roku (szkolnym/akademickim)* 20...../20.....

Świadoma(y) odpowiedzialności karnej oświadczam, że w przypadku nie dostarczenia wymaganego zaświadczenia o kontynuowaniu nauki, niezwłocznie zwrócę nienależnie pobraną rentę rodzinną.

.....
Podpis

* niepotrzebne skreślić

Informacje, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), są dostępne w Puncie Informacyjnym oraz na stronie internetowej Wojskowego Biura Emerytalnego w Warszawie pod adresem <https://wbewarszawa.wp.mil.pl/pl/> w zakładce aktualności – RODO.