Miejscowość, data

Imię i nazwisko

Adres

 Egz. nr \_\_\_

 DYREKTOR

 ZAKŁADU EMERYTALNO-RENTOWEGO

 MSWiA

 ul. Pawińskiego 17/21

 02-106 Warszawa

**WNIOSEK**

Proszę o udostępnienie mi uwierzytelnionych kopii *Informacji* Instytutu Pamięci Narodowej, na podstawie których wydane zostały *Decyzje* o ponownym ustaleniu wysokości mojego świadczenia:

1. *Informacja* IPN nr (numer i data wydania *Informacji* dot. służby w OBP), na podstawie której wydana została *Decyzja* nr (numer i data wydania *Decyzji* obniżającej świadczenie za służbę w OBP).
2. *Informacja* IPN nr (numer i data wydania *Informacji* dot. służby na rzecz TP), na podstawie której wydana została *Decyzja* nr (numer i data wydania *Decyzji* obniżającej świadczenie za służbę na rzecz TP).

 Imię i nazwisko

Wyk. 2 egz.

* Egz. nr 1 - adresat
* Egz. nr 2 - składający wniosek