…………………………………..……………………………. ……………………………………….….. Nazwisko i imię miejscowość, data

…………………………………..…………………………….

Placówka

…………………………………..…………………………….

Adres zamieszkania

 **Deklaracja**

 **przystąpienia do „Kasy Pośmiertnej”**

 **MKZP przy CUW w Pyskowicach**

Niniejszym deklaruję przystąpienie do „Kasy Pośmiertnej” i wyrażam zgodę na potrącenie z moich wkładów/będę wpłacać osobiście miesięczną składkę w wysokości określonej przez Walne Zebranie członków MKZP /zgodnie z § 56 Statutu MKZP/.

W razie mojej śmierci, przysługujące świadczenie należy wypłacić:

Panu(i) …………………………………...…….……… PESEL …………………..……….. zam. w …………………..………..……... ul. …………………………...………………….

nr ……….………. gmina ………..…...……..… województwo …………………..………...

…………………………………., dnia …………….20……. r. …..…………….………..…………….

 własnoręczny podpis

…………………………………..……………………………. ……………………………………….….. Nazwisko i imię miejscowość, data

…………………………………..…………………………….

placówka

…………………………………..…………………………….

Adres zamieszkania

 **Deklaracja**

 **przystąpienia do „Kasy Pośmiertnej”**

 **MKZP przy CUW w Pyskowicach**

Niniejszym deklaruję przystąpienie do „Kasy Pośmiertnej” i wyrażam zgodę na potrącenie z moich wkładów/będę wpłacać osobiście miesięczną składkę w wysokości określonej przez Walne Zebranie członków MKZP /zgodnie z § 56 Statutu MKZP/.

W razie mojej śmierci, przysługujące świadczenie należy wypłacić:

Panu(i) …………………………………...…….……… PESEL …………………..……….. zam. w …………………..………..……... ul. …………………………...………………….

nr ……….………. gmina ………..…...……..… województwo …………………..………...

…………………………………., dnia …………….20……. r. ………...………………..…………….

 własnoręczny podpis