

Nazwisko i imię..... PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres do korespondencji

Telefon Zakład pracy

W N I O S E K

o wypłatę zasiłku z tytułu zgonu z funduszu pośmiertnego

Kasy Zapomogowo - Pożyczkowej przy Miejskim Zespole Obsługi Szkół i Przedszkoli

w Jastrzębiu - Zdroju (zwanego dalej KP)

Proszę o wypłacenie mi świadczenia z funduszu kasy pośmiertnej KZP z tytułu zgonu

(imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa)

zmarłego/zmarłej w dniu akt zgonu nr

wydany przez USC w dnia.....

na rachunek bankowy o numerze:

□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□
----	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Oświadczenie (dotyczy wyłącznie przypadku zgonu teściów): Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia - oświadczam, że jestem w związku małżeńskim zsynem/córką

.....

.....
data

.....
własnoręczny podpis

-
1. Zarząd KZP na posiedzeniu w dniu podjął uchwałę o przyznaniu/nieprzyznaniu świadczenia i poleca przelać kwotę zł.

Podpisy członków zarządu KZP: