

DEKLARACJA

Przystąpienia członka PKZP-PO do **KASY POŚMIERTNEJ** w Sosnowcu

Nr ewidencyjny.....

Nazwisko i Imię

Imiona Rodziców

Data i miejsce urodzenia

PESEL

Miejsce pracy

Miejsce zamieszkania

Telefon: email:

Proszę o przyjęcie mnie do grona członków PKZP-PO uprawnionych do korzystania z funduszu – **KASY POŚMIERTNEJ**

Jednocześnie oświadczam, że:

- Deklaruję miesięczną składkę zatwierdzoną przez **WALNE ZEBRANIE**
- Zgadzam się na potrącanie przez zakład pracy zadeklarowanej kwoty, lub deklaruje wpłatę osobistą na konto kasy.

W razie mojej śmierci, przysługujący mi zasiłek – upoważniam do pobrania

Panu/i.....PESEL.....

zam. wul.....nr.....

Telefon email

Sosnowiec dnia.....r.

(własnoręczny podpis)

Uchwałą Zarządu PKZP-PO z dniar. przyjęto w/w deklarację.

.....
(podpisy Zarządu PKZP PO)

.....
(przewodniczący PKZP PO)