

.....  
(nazwisko i imię)

## ZARZĄD PKZP PO

.....  
.....  
(adres)

.....  
(miejsce pracy)

### Wniosek – KASA POŚMIERTNA

Proszę o wypłacenie mi świadczenia z Kasy Pośmiertnej z tytułu zgonu:

.....  
.....  
(stopień pokrewieństwa – imię i nazwisko osoby zmarłej)

Świadczenie proszę przekazać na mój rachunek bankowy

nr:.....

.....  
(data)

.....  
(podpis)

---

Akt zgonu nr: .....

z dnia ..... wydany przez USC w .....

na nazwisko .....

o zapomogę ubiega się .....  
członek Kasy Pośmiertnej

Dowód osobisty ..... wydany przez .....

Należy się ..... /słownie/.....

.....  
(podpis księgowej)

---

Decyzja Zarządu PKZP PO

Zarząd PKZP PO na posiedzeniu w dniu ..... r. postanowił wypłacić świadczenie z tytułu zgonu

kwotę w wysokości ..... zł, słownie: .....zł.

.....  
(podpisy Zarządu PKZP PO)

.....  
(przewodniczący PKZP PO)

---

Zaksięgowano dnia..... nr dowodu.....

.....  
(księgowa PKZP PO)