***UWAGA: DRUK WYPEŁNIAMY CZYTELNIE DRUKOWANYMI LITERAMI***

............................................................ Ruda Śląska, dnia ......................................

(Nazwisko i imię osoby uposażonej)

Placówka …........................... …...............................................

(Nr telefonu)

ul.…..................................................................................................................

(Adres zamieszkania: ulica, miejscowość)

–----- ---------- ---------- ---------- ---------- ---------- ----------

(nr konta)

**Zarząd**

**Koleżeńskiej Kasy Pośmiertnej**

**w MKZP**

Proszę o wypłacenie świadczenia z tytułu zgonu ...................................................

(stopień pokrewieństwa)

......................................................................................................................................................................................

(nazwisko i imię)

będącej/go pracownikiem..............................................................................................................................

(Placówka)

Numer aktu zgonu:.............................................................................................................

............................................................ …............................................

( Potwierdzenie zgodności danych osobowych Podpis

i własnoręczności podpisu)

Załączniki:

-kserokopia aktu zgonu

-kserokopia aktu małżeństwa w przypadku zgonu teściów

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych udzielonych KKP przy Międzyzakładowej Kasie Zapomogowo - Pożyczkowej, zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2018r. poz.1000 z późniejszymi zmianami).*

*................................................................*

*Podpis*