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

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

Nazwisko i imię

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

Placówka Telefon kontaktowy

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

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

adres zamieszkania

**REZYGNACJA**

**z Koleżeńskiej Kasy Pośmiertnej**

**w MKZP Ruda Śląska**

Z dniem …................................................... rezygnuję z przynależności do Koleżeńskiej Kasy Pośmiertnej przy Międzyzakładowej Kasie Zapomogowo – Pożyczkowej Pracowników Oświaty Miasta Ruda Śląska.

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

Stwierdzam własnoręczność podpisu Podpis