***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