***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)

**Dane dotyczące zmarłego:**

………………………………………………………………………………………

 (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*