

.....
(nazwisko i imię członka)

.....
(miejsce pracy)

Adres do korespondencji:

Nr rachunku członka MKZP:

**Do Zarządu MKZP
przy GZOPO w Świerklanach**

**WNIOSEK O WYPŁATĘ
ŚWIADCZENIA Z KASY POŚMIERTNEJ**

Zwracam się z prośbą o wypłacenie świadczenia z Kasy Pośmiertnej w związku ze
zgonem:

(imię i nazwisko – stopień pokrewieństwa)

Nr aktu zgonu:

Organ wydający akt zgonu:

Data wydania aktu zgonu:

.....
(data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

Na podstawie ksiąg MKZP stwierdzam, że Pan/i
opłaca składkę na Kasę Pośmiertną w wysokości zł miesięcznie / rocznie
przez potrącenie z listy płac / indywidualnie przelewem na rachunek bankowy MKZP.

Kwota przysługującego świadczenia: zł

.....
(data)

.....
(księgowy MKZP)

Zarząd MKZP na posiedzeniu w dniu 20..... r. postanowił:

☐ udzielić zgody na wypłatę świadczenia z KP

☐ nie udzielać zgody na wypłatę świadczenia z KP z powodu:

.....
(skarbnik zarządu)

.....
(sekretarz zarządu)

.....
(przewodniczący zarządu)