

Jastrzębie-Zdrój, dnia.....

.....
(imię i nazwisko pracownika)

.....
(PESEL)

.....
(ulica, nr domu, nr mieszkania)

.....
(kod, miejscowość)

**KASA POŚMIERTNA
PRZY ZESPOLE SZKÓŁ NR 2
IM. W. KORFANTEGO
W JASTRZĘBIU-ZDROJU**

Proszę o wypłacenie mi należnego świadczenia według Regulaminu PKZP i KP
z dnia 1 kwietnia 2001 (z późn. zm.) z tytułu zgonu (wymienić stopień pokrewieństwa):

.....
Akt zgonu lub wyciąg aktu zgonu o numerze:.....
przedłożyłam/em do wglądu.

.....
(podpis pracownika)

Komisja PKZP i KP przyznaje świadczenie w wysokościzł

Podpisy zarządu PKZP i KP: