

.....
(imię i nazwisko)

.....
(PESEL)

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

.....
(kod, miejscowość)

**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA
DO KASY POŚMIERTNEJ
PRZY ZESPOLE SZKÓŁ NR 2
IM. W. KORFANTEGO
W JASTRZĘBIU-ZDRÓJU**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącanie przez Zakład Pracy należności w kwociezł miesięcznie z tytułu składki na Kasę Pośmiertną w PKZP przy Zespole Szkół Nr 2 im. W. Korfantego z mojego wynagrodzenia i zasiłków. Potrąceń proszę dokonywać oddo odwołania.

W razie śmierci do odbioru świadczeń upoważniam:

Pan/i

(imię i nazwisko)

.....
(PESEL)

Jastrzębie-Zdrój, dnia 20.... r.

.....
(własnoręczny podpis)

Uchwałą Zarządu PKZP z dnia 20..... r. przyjęty/a w poczet członków

Kasy Pośmiertnej z dniem20..... r.

.....
(podpisy Członków Zarządu PKZP)