

.....
(imię i nazwisko)
.....
(data urodzenia)
.....
(ulica, nr domu, nr mieszkania)
.....
(kod, miejscowość)

**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA
DO KASY POŚMIERTNEJ
PRZY ZESPOLE SZKÓŁ NR 2
W JASTRZĘBIU-ZDROJU**

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** z mojego wynagrodzenia i zasiłków. Potrąceń proszę dokonywać od do odwołania.

W razie śmierci do odbioru świadczeń upoważniam:

Pan/i

.....
(imię i nazwisko)
.....
(data urodzenia)
.....
(ulica, nr domu, nr mieszkania)
.....
(kod, miejscowość)

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)