Załącznik nr 2 do Regulaminu

Nr. ewid. MKZP ……..

Nazwisko i imię .....

Adres zamieszkania.....

Telefon ..... Jednostka (skrót) / emeryt .....

WNIOSEK O ŚWIADCZENIE Z KASY POŚMIERTNEJ

Proszę o wypłacenie mi należności z tytułu zgonu (imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa) **(1)**

.....

zmarłego/zmarłej w dniu ..... akt zgonu nr .....

wydany przez USC w ..... dnia.....

Pouczony o odpowiedzialności karnej, przewidzianej w art. 233 Kodeksu karnego, za podanie danych niezgodnych z prawdą oświadczam(1), że jestem w związku małżeńskim z

..... synem/córką .....

Ww. świadczenie proszę przekazać na rachunek bankowy o numerze:

Osobą upoważnioną do odbioru świadczenia jest: **(2)**

nazwisko i imię.....

adres zamieszkania .....

....

data podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej

Legenda:

1. Należy wypełnić tylko w przypadku zgonu członków rodziny objętej świadczeniem
2. Należy wypełnić tylko w przypadku zgonu członka Kasy Pośmiertnej

---

Wypełnia MKZP:

1. Stwierdzam zgodność z oryginałem przedstawionego do wglądu aktu zgonu.
2. Przelew wykonano w dniu .....

.....

Księgowy MKZP