

Adres zamieszkania.....

Telefon Jednostka (skrót) / emeryt

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

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, że jestem w związku małżeńskim z

..... synem/córka

Ww. świadczenie proszę przekazać na rachunek bankowy o numerze:

[illegible]

.....

data

.....

podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej

Wypełnia MKZP:

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

.....

Księgowy MKZP