

Upoważnienie do wypłacenia wkładów członkowskich

Dane członka KZP

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(placówka, emeryt)

W razie mojej śmierci upoważniam do odbioru:

- wpłaconych przeze mnie wkładów członkowskich, po potrąceniu ewentualnego zadłużenia, poniżej wskazaną osobę/wskazane osoby:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(dane do kontaktu: telefon, email)

Jednocześnie oświadczam, że osoba którą upoważniam do odbioru wpłaconych przeze mnie wkładów członkowskich została przeze mnie poinformowana o udostępnieniu jej danych osobowych do KZP

.....
(data, podpis członka KZP)