

imię i nazwisko

adres zamieszkania

(ulica, kod pocztowy, miejscowość)

PESEL

nr telefonu/ e-mail

**Do Zarządu
Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej
przy WSN w Lublińcu**

Ja niżej Podpisana/y oświadczam, że w razie mojej śmierci osobą uprawnioną do odbioru wpłaconych przeze mnie wkładów członkowskich, po potrąceniu ewentualnego zadłużenia jest:

imię i nazwisko

adres zamieszkania

(ulica, kod pocztowy, miejscowość)

PESEL

nr telefonu/ e-mail

W załączeniu do niniejszej deklaracji przedkładam zgodę udzieloną w formie oświadczenia (załącznik nr 2 do Statutu) oraz zgodę osoby uprawnionej (załącznik nr 3 do Statutu).

.....
(data i miejscowość)

.....
(Własnoręczny podpis)