*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)