

Nazwisko		Imię (imiona)	
PESEL		Telefon i e-mail	
Adres do korespondencji			

**DEKLARACJA W ZAKRESIE WPLAT COMIESIĘCZNYCH SKŁADEK
NA FUNDUSZ ZAPOMOGOWY KZP DZIAŁAJĄCEJ PRZY
„SPOŁEM” PSS Stalowa Wola**

1. Dane członka KZP

Imię Nazwisko

Ja niżej podpisany /a deklaruje wpłatę comiesięcznych składek na Fundusz Zapomogowy KZP działającej przy „SPOŁEM” PSS Stalowa Wola w wysokościzł

2. Oświadczenie:

Wyrażam zgodę na dokonywanie potrącenia w/w składki z mojego comiesięcznego wynagrodzenia na poczet Funduszu Zapomogowego KZP przy „SPOŁEM” PSS Stalowa Wola

Stalowa Wola dnia20.....r.

.....

(podpis wnioskodawcy)
