



ZAPOMOGA LOSOWA

WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU DŁUGOTRWAŁEJ CHOROBY,
ZGONU CZŁONKA ZWIĄZKU LUB CZŁONKA RODZINY

Organizacja Zakładowa ZZMWK w Polsce przy

Nazwisko i imię :

nr stały / oddział

Adres do korespondencji:

Zaświadczenie lekarskie

zgon członka związku / członka rodziny (imię , nazwisko , pokrewieństwo)

wyciąg z aktu zgonu

wydany przez

miejsce, data

Kwituję odbiór kwoty

zł , słownie :

zł

Zatwierdził

data i podpis członka związku