

Malbork, dnia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(wnioskodawca)

**Zarząd Kasy Zapomogowo - Pożyczkowej**

\_\_\_\_\_  
(miejsce pracy)

**Malborku**

\_\_\_\_\_  
(adres)

**Wniosek o wypłacenie świadczenia z Funduszu "D" tytułem zgonu:**

Nazwisko i imię zmarłego oraz jego stopień pokrewieństwa dla wnioskodawcy:

\_\_\_\_\_  
Data urodzenia \_\_\_\_\_ Data zgonu \_\_\_\_\_

Numer, miejsce wystawienia aktu zgonu \_\_\_\_\_

Przedkładam do wglądu dokumenty: Odpis skrócony aktu zgonu - kopia, \_\_\_\_\_

Nr konta bankowego: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(podpis)

**Decyzja Zarządu KZP**

Zarząd Kasy Zapomogowo Pożyczkowej w Malborku po stwierdzeniu wiarygodności niniejszego wniosku i danych, zgodnie z regulaminem przyznaje zasiłek w wysokości \_\_\_\_\_ zł.

Przynależność do funduszu "D" \_\_\_\_\_