

Warszawa, dnia

.....
Imię i nazwisko osoby uprawnionej

.....
PESEL / nr osobowy SAP

.....
Tel. kontaktowy

**Do Zarządu KZP w PW
w miejscu**

Wniosek osoby uprawnionej po śmierci członka KZP o zwrot wkładów

W związku ze śmiercią członka KZP Pani/Pana

proszę o zwrot zgromadzonych wkładów:

przelewem na rachunek bankowy nr

gotówką w kasie Banku Pekao S.A.*

.....
podpis osoby uprawnionej

Wkład do zwrotu: (słownie :)

.....
podpis Zarządu KZP

*wybierz właściwe