**OŚWIADCZENIE – WSKAZANIE / ZMIANA[[1]](#footnote-1) OSÓB UPRAWNIONYCH**

Data złożenia oświadczenia: …………………………………………………………………………………

DANE OSOBOWE SKŁADAJĄCEGO OŚWIADCZENIE (Członka KZP):

**Nazwisko i imię:** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Nazwisko rodowe** (jeśli inne niż podane wyżej): ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Nr PESEL:** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Jednostka organizacyjna:** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, iż w razie mojej śmierci wpłacone przeze mnie wkłady członkowskie po potrąceniu ewentualnego zadłużenia, należy wypłacić poniższym **osobom uprawnionym[[2]](#footnote-2)**:

1. Dane osobowe osoby uprawnionej:

* Nazwisko i imię: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* Miejsce zamieszkania: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* Nr tel. lub adres email: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* PESEL: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* % udziału we wkładach członkowskich: ……………………………………………………………………………………

1. Dane osobowe osoby uprawnionej:

* Nazwisko i imię: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* Miejsce zamieszkania: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* Nr tel. lub adres email: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* PESEL: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* % udziału we wkładach członkowskich: ……………………………………………………………………………………

1. Dane osobowe osoby uprawnionej:

* Nazwisko i imię: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* Miejsce zamieszkania: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* Nr tel. lub adres email: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* PESEL: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* % udziału we wkładach członkowskich: ……………………………………………………………………………………

**Podpis składającego oświadczenie (Członka KZP):** ……………………………………………………………………………………

1. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. należy wskazać co najmniej jedną osobę uprawnioną [↑](#footnote-ref-2)