**DEKLARACJA**

**WSKAZANIA UPOSAŻONEGO**

**W WYPADKU ZGONU CZŁONKA ZNP**

**Ja, niżej podpisany/-a członek Związku Nauczycielstwa Polskiego w Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu**

……………………………………………………………………………………………………………

nazwisko, imię członka ZNP

(nr PESEL: …………………………………………………………………………………………………………)

**Wskazuję i upoważniam do odbioru związkowego świadczenia statutowego w wypadku mojej śmierci następującą osobę/osoby:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | nazwisko, imię | data urodzenia | adres | kwota świadczenia lub jego część\* |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

\*należy podać, np.: 50%, 100%

…………………………………………. ………………………………………………………

data czytelny podpis członka deklarującego

**Wypełnia Biuro Zarządu Uczelnianego ZNP:**

Deklarację złożono w obecności …………………………………………………………………………………………………………

imię, nazwisko pracownika

W roku ………………………………………… wysokość świadczenia wynosi ……………………………………………………

………………………………………………………………… ……………………………………………………………………

data czytelny podpis pracownika ZU ZNP