Lekarska Kasa Wzajemnej Pomocy
w Krakowie

31-011 Kraków, Plac Szczepański 5

Kraków, dnia ……..

Nazwisko i Imię: …….…….. , PESEL …… , imię ojca ……..……

Data i miejsce urodzenia: ……..

Data i miejsce otrzymania dyplomu lekarza – lekarza dentysty:

……..……..

Pracuję od: ……. na stanowisku ……..…….

Adres zamieszkania: …….

Dow. osobisty nr: ……

D E K L A R A C J A

Oświadczam, że:

1/ w dniu ……..…… wpłaciłem wpisowe do Lekarskiej Kasy Wzajemnej Pomocy w kwocie: ……. zł.

2/ Zgadzam się na potrącenie składek miesięcznych 1% od poborów na rzecz Kasy i oświadczenie tej treści złożyłem u głównego księgowego w moim zakładzie pracy.

3/ Główne miejsce mojego zatrudnienia: ……..…….

……..……..

4/ Statut LKWP jest mi znany.

5/ W razie mojej śmierci należy wypłacić odprawę pośmiertną w całości: ……..……

……

zamieszkały: ……..

a w razie jego /jej/ śmierci w równych częściach:

1. ……....……..
2. …… ……..
3. ……..…….

Wpisowe: …… zł zapłacono

dnia: ……..……..

podpis i pieczątka: