



Pełnomocnictwo do wniosku o świadczenia z tytułu śmierci

Ja/my niżej podpisany/podpisana/podpisani oświadczam/oświadczamy, że Pan/Pani

_____ kt. _____, adres

_____, kod pocztowy _____, jest pełnomocnikiem do

otrzymania świadczenia z tytułu śmierci od związku zawodowego Efling w imieniu

_____ (imię i nazwisko zmarłego),

kt. _____, zmarłego/zmarłej _____ (data).

Miejscowość _____, data _____

Imię i nazwisko oraz kennitala

Imię i nazwisko oraz kennitala

Imię i nazwisko oraz kennitala

Imię i nazwisko oraz kennitala

Imię i nazwisko oraz kennitala

Poręczyciele:

Imię i nazwisko oraz kennitala

Imię i nazwisko oraz kennitala