



.....
(imię) (miejsowość i data)
.....
(nazwisko)
.....
(adres)
.....
(numer legitymacji członkowskiej)

ZARZĄD FUNDUSZU SAMOPOMOCOWEGO
Związek Artystów Scen Polskich
ZASP – STOWARZYSZENIE
00-536 Warszawa, Al. Ujazdowskie 45
Tel.: 22 696 79 10

W związku z moją przynależnością do ZASP-u proszę, w wypadku mojej śmierci, wypłacić sumę przysługującą mi z tytułu mojego uczestnictwa w Funduszu Samopomocowym ZASP, osobom wymienionym poniżej, wg następującej kolejności:

1. Imię i nazwisko:
zamieszkała(y) obecnie:
.....
numer telefonu:

W razie, gdyby w chwili mojej śmierci wymieniona powyżej osoba nie żyła, proszę o wypłacenie tej sumy:

2. Imię i nazwisko:
zamieszkała(y) obecnie:
.....
numer telefonu:

W razie, gdyby w chwili mojej śmierci wymieniona powyżej osoba nie żyła, proszę o wypłacenie tej sumy:

3. Imię i nazwisko:
zamieszkała(y) obecnie:
.....
numer telefonu:.....

.....
(czytelny podpis osoby składającej deklarację)

Potwierdzam własnoręczność podpisu

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis Oddziału, Koła ZASP)

UWAGA

Prosimy o czytelne wypełnienie formularza

Zgodnie z § 11 Regulaminu Funduszu Samopomocowego prawo do zasiłku w pełnej wysokości uzyskuje się po 3 latach przynależności do Funduszu.

Zgodnie z § 13 Regulaminu Funduszu Samopomocowego zasiłki nie podjęte w terminie 1 roku od dnia zgonu członka FS przechodzą na rzecz Funduszu.

W przypadku gdy w chwili zgonu członka FS osoby wskazane w Deklaracji jako uprawnione do otrzymania zasiłku pogrzebowego nie żyją, kwota zasiłku wypłacana jest zgodnie z § 12 ust. 2.