WYKAZ OSÓB DEKLARUJĄCYCH PRZYSTĘPUJĄCYCH

DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

**NAZWA UBEZPIECZAJĄCEGO:** Adres Adres Ad teksttekst res Ad res Adre Adre s II

**ADRES** : Adres Adres Ad tekstekstt res Ad resii res Adre Adres Adres Adres Adres

**NIP:**   s Adrtt ytittes A dress **REGON:** s Adres tttttAdyiy ress **PKD:** s Attdiyiy ires ttAdress

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Data urodzenia | Stanowisko |
| 1. |   |   |   |
| 2. |   |   |   |
| 3. |   |   |   |
| 4. |   |   |   |
| 5. |   |   |   |
| 6. |   |   |   |
| 7. |   |   |   |
| 8. |   |   |   |
| 9. |   |   |   |
| 10. |   |   |   |
| 11. |   |   |   |
| 12. |   |   |   |
| 13. |   |   |   |
| 14. |   |   |   |
| 15. |   |   |   |
| 16. |   |   |   |
| 17. |   |   |   |
| 18. |   |   |   |
| 19. |   |   |   |
| 20. |   |   |   |
| 21. |   |   |   |
| 22. |   |   |   |
| 23. |   |   |   |
| 24. |   |   |   |
| 25. |   |   |   |
| 26. |   |   |   |
| 27. |   |   |   |
| 28. |   |   |   |
| 29. |   |   |   |
| 30. |   |   |   |
| 31. |   |   |   |
| 32. |   |   |   |
| 33. |   |   |   |
| 34. |   |   |   |
| 35. |   |   |   |

Miejscowość s A dress, dnia wadzić datę. Podpis s Ad tekst tekst r es A

**DANE KONTAKTOWE KLIENTA:** telefon: s Ad r es e-mail: s Ad trkdt r es A dress