

.....
Nazwisko i imię

.....
Adres zamieszkania

.....
Miejsce pracy

**Do Zarządu
Międzyzakładowej Kasy
Zapomogowo-Pożyczkowej
przy Stowarzyszeniu na Rzecz Osób
z Autyzmem w Gorzowie Wlkp.**

**WNIOSEK O SKREŚLENIE Z LISTY CZŁONKÓW
I ZWROT WKŁADÓW**

Proszę o skreślenie mnie z listy członków KZP z powodu
..... oraz zwrot moich
wkładów po potrąceniu posiadanego zadłużenia na konto bankowe o nr:
.....,
prowadzony w

.....
Miejscowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

Stwierdzam, na podstawie ksiąg KZP, że Pan/Pani.....
nr ewidencyjny..... jest członkiem KZP z siedzibą w Gorzowie
Wlkp., przy ul. Armii Polskiej 31.

Stan wkładów wyżej wymienionej osoby na dzień wynosi:

- Niespłacone zobowiązania zł
(słownie:).
- wkłady oszczędnościowe zł
(słownie:).

Gorzów Wlkp., r.

.....
podpis i pieczęć księgowego

Decyzja Zarządu KZP

Zarząd KZP na posiedzeniu w dniu postanowił skreślić z listy członków Pana/Panią, wstrzymać dalsze potrącenia wkładów oraz po potrąceniu zadłużenia zł (słownie złotych)..... należne wkłady w kwociezł, (słownie:.....).
.....).
przekazać na rachunek wskazany KZP.

1.
2.
3.

(podpis Zarządu KZP)