|  |
| --- |
|  |
| *Imię i nazwisko* |
|  |
| *Miejsce zamieszkania* |

**Zarząd Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej**

**przy Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu**

**ul. Grunwaldzka 48, 42-700 Lubliniec**

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

**Proszę o skreślenie mnie z listy członków Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej oraz \*):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **1** | **Zwrot wkładów po potrąceniu posiadanego zadłużenia na rachunek bankowy** | |
| Numer rachunku: |  |
|  | **2** | **Zwrot wkładów w gotówce po potrąceniu posiadanego zadłużenia** | |
| *Miejscowość i data:* | | | *Własnoręczny podpis:* |
|  | | |  |

\*) *Zaznaczyć „x” przy wybranej opcji*

**Stwierdzam na podstawie ksiąg KZP, że:**

|  |  |
| --- | --- |
| Stan wkładów w/w wynosi (zł.) |  |
| Niespłacone zobowiązania wynoszą (zł.) |  |
| **Data i podpis księgowego KZP** |  |

Uchwałą z dnia ……………………………., Zarząd KZP postanowił skreślić z listy członków ………………………………………………………………………., wstrzymać dalsze potrącenia wkładów oraz, po potrąceniu zadłużenia zł. ……………………, należne wkłady w kwocie zł. ……………………. przekazać *na rachunek bankowy / gotówką \*)* w terminie do dnia …………………………… .

|  |  |
| --- | --- |
| Kwotę zł. ………………… (*słownie złotych*: …………………………………………………………………………….) otrzymałem/łam / przekazano \*) w dniu ………………………………… . | |
|  |  |
| *Podpis wypłacającego:* | *Podpis otrzymującego lub księgowego* |

*UWAGA: W przypadku wypłaty do rąk upoważnionej osoby, dołączyć pisemne upoważnienie – w razie przesłania lub przekazania wkładów, dołączyć dowód nadania (przekazania).*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data zaksięgowania: | Dowód numer: | Skreślono z ewidencji – nr ewid. członka | Podpis: |
|  |  |  |  |