

<i>Imię i nazwisko</i>
<i>Miejsce zamieszkania</i>

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
<i>Miejscowość i data:</i>	
<i>Własnoręczny podpis:</i>	

*) 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	
<i>Podpis wypłacającego:</i>	<i>Podpis otrzymującego lub księgowego</i>

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: