

Imię i nazwisko członka	
Miejsce pracy/komórka organizacyjna	
Adres zamieszkania (ulica, kod pocztowy, miejscowość)	
Nr telefonu	

Do KZP przy WSN w Lublińcu, ul. Grunwaldzka 48, 42-700 Lubliniec

Oświadczenie o numerze rachunku bankowego

Ja niżej Podpisana/y wyrażam zgodę na przekazywanie przyznanych dla mnie pożyczek na moje konto osobiste w:

banku

nr konta

Równocześnie zobowiązuję się, w przypadku zmiany numeru rachunku bankowego, niezwłocznie powiadomić o zaistniałych zmianach Zarząd KZP.

.....
(miejscowość i data)

.....
(własnoręczny podpis)