|  |  |
| --- | --- |
| 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**

# Wniosek o częściowe wycofanie wkładów

Proszę o częściowe wycofanie wkładów, zgodnie ze Statutem KZP, w kwocie .............................. zł., w sposób: gotówką w kasie/ przelewem na rachunek nr\* ...................................................................................................

\*niepotrzebne skreślić ..................................... …..................................

(data) (podpis)

## Stwierdzam na podstawie ksiąg KZP, że stan wkładów w/w wnioskodawcy na dzień ........................................ wynosi .................................... zł.

Niespłacone zobowiązania na dzień .................... wynoszą: ....................zł.

........................................, dnia ............................. ........................................................

(księgowy KZP)

Potwierdzam, że stan wkładów osiągnął co najmniej 150% miesięcznego wynagrodzenia brutto

........................................................

(pracownik działu kadrowo-płacowego WSN)

### Decyzja Zarządu KZP

Zarząd KZP na posiedzeniu w dniu ................................. roku, postanowił wypłacić część wkładów Panu /Pani .............................................................................................................. w kwocie ............................ zł. w terminie do ostatniego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym rozpatrzono wniosek.

………………………...........................................................

(Zarząd KZP)

Kwotę .......................zł. (*słownie złotych* .........................................................................................................)

Otrzymałem/ łam /przekazano/ w dniu ......................................................

..................................................... ......................................................................

(podpis wypłacającego ) (podpis otrzymującego lub księgowego)

Zaksięgowano dnia ..................................................... Nr dowodu .............................................

Nr ewidencyjny ...........................................

................................................

( podpis )