|  |  |
| --- | --- |
| 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)