

WNIOSEK O ZWROT WKŁADÓW

Imię		PESEL	
Nazwisko			
Ulica i nr domu			
Miejscowość		Kod pocztowy	
Telefon		E-mail	

*proszę wypełnić drukowanymi literami

Proszę o częściowy/całkowity (*niepotrzebne skreślić*) zwrot moich wkładów z Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej przy Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy (dalej KZP) w wysokości

zł:

na rachunek bankowy o numerze:

.....

gotówką

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis członka KZP)

Na podstawie ksiąg KZP stwierdzam następujący stan konta wnioskodawcy:

wkłady zł, niespłacone zobowiązania zł.

.....
(data)

.....
(podpis księgowego KZP)

Zarząd KZP wyraża zgodę na zwrot wkładów w kwociezł.

Podpisy członków zarządu:

.....

.....

.....
(miejscowość, data)

.....

Potwierdzam otrzymanie wkładu w wysokości zł (*wypełnić w przypadku wypłaty gotówkowej z kasy KZP*).

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis członka KZP)