

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

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)

Wynagrodzenia netto przed potrąceniami za ostatni miesiąc wynosiło zł

.....
(data)

.....
(podpis pracownika zespołu ds. płac)

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*).

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis członka KZP)