|  |  |
| --- | --- |
| .......................................................................................................................  (nazwisko i imię członka)  ......................................................................................................................  (adres zamieszkania)  ......................................................................................................................  (miejsce pracy) | **Do KZP przy**  **.........................................**  **.........................................** |

**WNIOSEK**

**O ZAWIESZENIE POBIERANIA WKŁADÓW**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na zawieszenie pobierania wkładów na okres ..............………..… miesięcypocząwszy od miesiąca ..............................................................

(ilość) (nazwa miesiąca)

Jednocześnie oświadczam, że korzystałem / nie korzystałem **\*)** z prolongaty w okresie od ……………………… do ……………………….

...................., dnia …………………... 20……..r. ........................................................

(Podpis wnioskodawcy)

**\*)** niepotrzebne skreślić

|  |
| --- |
|  |

Na podstawie ksiąg KZP stwierdzam następujący stan konta wnioskodawcy:

**wkłady** ...................................... zł.

**zadłużenie** ................................ zł. **prolongata** w okresie od …………… do ……………

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

(data) (Księgowy KZP )

|  |
| --- |
|  |

**DECYZJA ZARZĄDU KASY ZAPOMOGOWO-POŻYCZKOWEJ**

Zarząd KZP na posiedzeniu w dniu …………………….. 20…… r. postanowił:

udzielić prolongaty na okres ………… miesięcy

nie udzielać prolongaty z powodu …………………………………………………………............

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

.................. dnia ....................20.......r. …................................…........................

( P o d p i s y c z ł o n k ó w Z a r z ą d u K Z P )