

NR EWIDENCYJNY

NR WNIOSKU

NAZWISKO I IMIĘ CZŁONKA KZP

PESEL

NAZWISKO I IMIĘ OSOBY UPOWAŻNIONEJ (wypełnić w przypadku zgonu lub decyzji członka KZP)

PESEL -

MIEJSCE ZAMIESZKANIA OSOBY ODBIERAJĄCEJ WKŁADY

/TELEFON KONTAKTOWY – PRYWATNY

ZARZĄD KZP
W
POLITECHNICE WROCŁAWSKIEJ

WNIOSEK
O ZWROT WKŁADÓW Z FUNDUSZU KZP

Proszę o zwrot wkładów zgromadzonych na funduszu podstawowym KZP: *)

- czekiem

- przelewem:

1. częściowy - do 50% w kwocie zł

DATA I PODPIS WNIOSKODAWCY

2. całkowity z powodu: *)

- REZYGNACJI Z CZŁONKOSTWA
 - PRZEJŚCIA NA EMERYTURĘ
 - ROZWIĄZANIA UMOWY O PRACĘ
 - ZGONU CZŁONKA KZP

Zgadzam się na pokrycie zadłużenia z wkładów
i skreślenie z listy członków KZP

DATA I PODPIS WNIOSKODAWCY

STAN WKŁADÓW NA DZIEŃ: **WYNOŚI:**

DATA OSTATNIO WYCOFANYCH WKŁADÓW:

ZADŁUŻENIE:

DATA I PODPIS PRACOWNIKA KZP

DO ZWROTU:

DECYZJA ZARZĄDU KZP

Akceptujemy do wypłaty wkłady w kwocie: (słownie zł)

DATA

PODPISY ZARZĄDU KZP

- wydano czek gotówkowy nr:

CECHY DOWODU TOŻSAMOŚCI

- data realizacji przelewu PODPIS:

DATA PODPIS OTRZYMUJĄCEGO