DOKUMENT WYPEŁNIJ DRUKOWANYMI LITERAMI

Załącznik nr 4

(Nazwisko i imię członka MKZP)

(PESEL)

(Adres zamieszkania)

(Telefon kontaktowy)

(Miejsce pracy)

Do Zarządu Międzyzakładowej Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej przy Dzielnicowym Biurze Finansów Oświaty Wola m. st. Warszawy ul. Rogalińska 2, 01-206 Warszawa

WNIOSEK O WYPŁATĘ POŁOWY WKŁADÓW Z MKZP

Proszę o wypłacenie, zgodnie ze statutem MKZP, połowy moich wkładów członkowskich w gotówce w kasie DBFO-Wola* / przelewem na poniżej podany rachunek bankowy*:

(Data) (Podpis)

Na podstawie ksiąg MKZP stwierdzam, że stan wkładów ww. wynosi: _____

stan zobowiązań: _____

Warszawa, dnia _____

(Podpis i pieczęć księgowego MKZP)

DECYZJA ZARZĄDU MKZP

Zarząd MKZP na posiedzeniu w dniu _____ postanowił przychylić/nie przychylić* się do prośby

Pani/a _____

i wypłacić połowę wkładów* odmówić wypłaty z powodu* _____

Kwota wkładów do wypłaty: _____ w terminie do dnia _____

(Podpisy członków Zarządu MKZP)

Kwotę _____ (słownie: _____)

w gotówce otrzymałam/em / wypłacono * w dniu _____

(Podpis wypłacającego) (Cechy dokumentu tożsamości beneficjenta) (Podpis beneficjenta)

UWAGA! W przypadku wypłaty do rąk osoby upoważnionej należy dołączyć pisemne upoważnienie.

Zaksięgowano dnia _____ Nr dowodu księgowego: _____

(Podpis i pieczęć księgowego MKZP)

**Niepotrzebne skreślić*