Imię i nazwisko wnioskodawcy

Adres zamieszkania

Miejsce pracy (komórka organizacyjna)

Nr ewidencyjny

Nr telefonu

Do KZP przy Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej- Curie- Państwowym Instytucie Badawczym w Warszawie

PRZELEW

Wniosek o częściowe wycofanie wkładów

Proszę o częściowe wycofanie wkładów, zgodnie z regulaminem KZP w kwocie .....zł, słownie.....zł.

Uzasadnienie wycofania więcej niż połowy wkładów

.....

.....

.....

.....

.....
(data i podpis)

Stwierdzam na podstawie ksiąg KZP, na dzień .....
stan wkładów .....zł
stan zadłużenia .....zł
Pozostaje do spłaty.....rat z .....rat.

Warszawa, dnia .....

.....
(księgowy PKZP)

Decyzja zarządu KZP

Zarząd KZP na posiedzeniu w dniu ..... 20.... roku, postanowił wypłacić część wkładów Panu /Pani ..... w kwocie ..... zł. w terminie do dnia .....

.....
(Zarząd KZP)

Kwotę .....zł. (słownie złotych.....)
Otrzymałem/ łam /przekazano/ w dniu .....

.....
(podpis wypłacającego)

.....
(podpis otrzymującego lub księgowego)