

Imię i nazwisko członka	
Miejsce pracy/komórka organizacyjna	
Adres zamieszkania (ulica, kod pocztowy, miejscowość)	
Nr telefonu	

Do KZP przy Starostwie Powiatowym w Kielcach, ul. Wrzosowa 44, 25-211 Kielce

Wniosek o częściowe wycofanie wkładów

Proszę o częściowe wycofanie wkładów, zgodnie ze Statutem KZP, w kwocie zł,
przelewem na rachunek nr

.....
(data) (podpis)

Stwierdzam na podstawie ksiąg KZP, że stan wkładów w/w wnioskodawcy na dzień
wynosizł.

Niespłacone zobowiązania na dzień wynoszą:zł.

....., dnia
(księgowy KZP)

.....
(pracownik działu kadrowo-płacowego SP)

Decyzja Zarządu KZP

Zarząd KZP na posiedzeniu w dniu roku, postanowił wypłacić część wkładów Panu
/Pani w kwocie zł.
w terminie do ostatniego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym rozpatrzono wniosek.

.....
(Zarząd KZP)

Zaksięgowano dnia Nr dowodu

Nr ewidencyjny

.....
(podpis)