Imię i nazwisko: ……..

Numer PESEL: ……

Adres do korespondencji: ……..…..

Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej …….

Jednostka organizacyjna / emeryt: ……..

DO ZARZĄD MKZP
przy KWPSP we Wrocławiu

WNIOSEK
o skreślenie z listy członków

Informuję, iż z dniem ……..……[xx] rezygnuję z członkostwa w MKZP przy KWPSP we Wrocławiu i proszę o wykreślenie z listy członków kasy.
Jednocześnie proszę o zwrot moich wkładów, po dokonaniu stosownego rozliczenia, wg zasad określonych w § 9 ust. 8 Statutu MKZP, na wskazany numer konta bankowego:

| | |-| | | | |-| | | | |-| | | | |-| | | | |-| | | | |-| | | | |

Data: …….. Podpis: …….

[xx] *Przyjęcie rezygnacji-wykreślenie z listy członków może nastąpić najwcześniej z pierwszym dniem miesiąca następującego po posiedzeniu Zarządu MKZP na którym rozpatrywany będzie niniejszy wniosek.*

Na podstawie ksiąg MKZP, stwierdzam następujący stan konta wnioskodawcy:

posiadane wkłady: …… zł,

niespłacone zobowiązania: ……..… zł.

Wrocław, dnia ……. ……
(Skarbnik MKZP)

Zarząd MKZP na posiedzeniu w dniu ……. postanowił na podstawie Statutu MKZP skreślić z listy członków Pana/Panią ……..……..……

oraz po potrąceniu zadłużenia: …….. zł (słownie zł ……)

należne wkłady w kwocie: …….zł (słownie zł ……..……..)

zwrócić - przelać na wskazane konto w terminie do dnia ……..……..

Data zwrotu: …….. ……..……
(Przewodniczący MKZP)