

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)
