

..... dnia 20.....r.

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(adres)

.....
(kom. organizacyjna NoOSG / emeryt)

.....
(prywatny nr telefonu kontaktowego, adres e-mail)

.....
(PESEL)

ZARZĄD
Kasy Zapomogowo - Pożyczkowej
przy NoOSG

WNIOSEK O ZAWIESZENIE SPŁATY POŻYCZKI

Proszę o zawieszenie spłaty pożyczki na okres miesiąca / miesięcy^(*)
począwszy od miesiąca 20..... r..

.....
(podpis wnioskodawcy)

ZGODA PORECZYCIELI

1.
(imię i nazwisko, nr PESEL)

.....
(adres)

.....
(prywatny nr telefonu kontaktowego i adres e-mail)

.....
(podpis poręczyciela)

2.
(imię i nazwisko, nr PESEL)

.....
(adres)

.....
(prywatny nr telefonu kontaktowego i adres e-mail)

.....
(podpis poręczyciela)

3. ()**
(imię i nazwisko, nr PESEL)

.....
(adres)

.....
(prywatny nr telefonu kontaktowego i adres e-mail)

.....
(podpis poręczyciela)

Stan wkładów / składka	- (data i podpis księgowej KZP)
Zadłużenie	-	
Uwagi	-	

**Zarząd KZP decyzją z dnia wyraża zgodę / nie wyraża zgody ^(*)
na zawieszenie spłaty pożyczki na okres miesiąca / miesięcy^(*), począwszy od
miesiąca 20..... r .**

Przewodniczący -

.....
(Pieczczę Zarządu KZP)

Członkowie Zarządu -

UWAGA !!!

Formularz wypełniać czytelnie, drukowanymi literami. Wniosek nieczytelny, niekompletny i ze skreśleniami nie będzie rozpatrywany.

(*) - niepotrzebne skreślić

(**)- poz. nr 3 wypełniamy tylko w przypadku pożyczki powyżej 30 tys zł .