

.....  
(czytelnie imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(telefon kontaktowy)

**DO ZARZĄDU MPKZP  
przy CENTRUM OBSŁUGI JEDNOSTEK MIASTA WAŁBRZYCHA**

.....  
( nazwa zakładu pracy )

**Wniosek o rozliczenie konta w MPKZP<sub>(COJM 2)</sub>**

Proszę o rozliczenie mojego konta w MPKZP i zwrot wkładu członkowskiego, ponieważ z dniem .....

- rozwiążuję umowę o pracę,
- przechodzę na emeryturę,
- rezygnuję z członkostwa\*.

Wkład proszę przelać na mój rachunek bankowy o numerze:

.....

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis)

Stwierdzam na podstawie ksiąg MPKZP, że stan wkładów ww. członka MPKZP wynosi ..... zł.

Stan zadłużenia wynosi ..... zł. Kwota do zwrotu wynosi ..... zł.

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis księgowego MPKZP)

**DECYZJA ZARZĄDU MPKZP**

Zarząd MPKZP na posiedzeniu w dniu ..... 20... r. postanowił wypłacić tytułem rozliczenia konta ww. członka MPKZP kwotę w wysokości ..... zł, słownie .....zł, i zatwierdza ją do wypłaty.

Kwotę przekazać na rachunek bankowy wskazany j/w

**Pieczęć MPKZP**

**Zarząd MPKZP :**

.....  
.....  
.....

Kwotę ..... zł (słownie złotych .....)

przekazano w dniu ..... WB Nr .....

.....  
(czytelny podpis księgowego MPKZP)

\*niepotrzebne skreslić