

.....
(nazwisko i imię)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon kontaktowy)

.....
(Nazwa i siedziba zakładu pracy)

DO

ZARZĄDU MPKZP PRZY
CENTRUM OBSŁUGI JEDNOSTEK
MIASTA WAŁBRZYCHA

Wniosek o rozliczenie konta w MPKZP_(COJM 1)

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

- rozwiązuję 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, słowniezł,
i zatwierdza ją do wypłaty.

Kwotę przekazać na rachunek bankowy wskazany j/w

Zarząd MPKZP
(pieczęć MPKZP)

.....
(skarbnik)

.....
(sekretarz)

.....
(przewodniczący)

Kwotę zł (słownie złotych)

przekazano w dniu WB Nr
(czytelny podpis księgowego MPKZP)

Zaksięgowano dnia Nr dowodu
Nr ewid. członka MPKZP

.....
(czytelny podpis księgowego MPKZP)

*niepotrzebne skreślić