

Nr komputera

DEKLARACJA

zgody na wznowienie miesięcznych potrąceń wkładów po upływie rocznej karencji

Nazwisko		Miejsce zamieszkania:	
Imię		Ulica i nr domu	
Data urodzenia		Miejscowość	
Miejsce urodzenia		Kod pocztowy	
Pesel		Nr telefonu	

Wypełnić czytelnie

Proszę o wznowienie miesięcznych potrąceń wkładów w wysokości określonej statutem. Dane osobowe w tym dotyczące osoby upoważnionej do świadczeń na wypadek mojej śmierci oraz zgody podane w deklaracji przystąpienia do KZP nie uległy zmianie.

Radlin, dnia

.....
(podpis pracownika)

Data całkowitego zwrotu wkładów

Data wznowienia potrącenia wkładów

.....
(Podpis księgowego)

Decyzja Zarządu KZP

Wyrażamy zgodę na wznowienie potrącania wkładów od miesiąca

Radlin, dnia

.....
(Podpisy członków Zarządu KZP)