

.....  
numer komputera / emeryta                      pesel

Radlin, dnia .....

.....  
nazwisko i imię

## Do Zarządu KZP

przy PGG S.A. Oddział KWK ROW Ruch Marcel

.....  
adres

.....  
seria i nr dowodu osobistego                      nr telefonu

## Wniosek o zwrot wkładów

### 1. Proszę o częściowy zwrot moich wkładów\*

- w wysokości .....

- ponad kwotę .....

Nr konta bankowego (dotyczy emerytów i rencistów) .....

Radlin, dnia .....  
.....  
(Podpis)

### 2. Proszę o całkowity zwrot wkładów\* (dotyczy wyłącznie pracowników)

Oświadczam, że zostałem poinformowany, że możliwość ponownego potrącania wkładów nastąpi najwcześniej po roku karencji, po złożeniu deklaracji w formie pisemnej.

Radlin, dnia .....  
.....  
(Podpis)

### 3. Proszę o całkowity zwrot wkładów\* (dotyczy wyłącznie emerytów/rencistów)

Oświadczam, że zostałem poinformowany, że wypłacenie wkładów poniżej minimalnej kwoty jest ostateczne i zgodnie ze statutem nie ma możliwości ponownego ich uzupełnienia.

Nr konta bankowego (dotyczy emerytów i rencistów) .....

Radlin, dnia .....  
.....  
(Podpis)

---

Stwierdzam na podstawie ksiąg KZP, że stan wkładów w/w wynosi ..... zł,  
stan zadłużenia .....zł, a należny zwrot wkładów wynosi ..... zł.

Radlin, dnia .....  
.....  
(Księgowy KZP)

---

Zarząd KZP wyraża zgodę na zwrot wkładów w kwocie .....zł,  
słownie: .....

Radlin, dnia .....  
.....  
(Zarząd KZP)

---

Wkłady w wysokości ..... zł otrzymałam/em dnia .....

Seria i nr dowodu osobistego .....  
.....  
(Podpis)

---

Zapłacono dnia ..... Nr dowodu ..... Podpis wypłacającego .....

Zaksięgowano dnia..... Nr dowodu ..... Podpis księgowego .....

\*niepotrzebne skreślić