|  |  |
| --- | --- |
| .......................................................................................................................  (nazwisko i imię członka)  ......................................................................................................................  (adres zamieszkania)  ......................................................................................................................  (miejsce pracy) | **Do KZP**  **przy Politechnice**  **Morskiej w Szczecinie**  **ul. Wały Chrobrego 1-2**  **70-500 Szczecin** |

# Wniosek o częściowe wycofanie wkładów

Proszę o częściowe wycofanie wkładów, zgodnie ze statutem KZP w kwocie ...............................zł,

w sposób: w kasie/na konto\* .........................................................................................................................

\*niepotrzebne skreślić ..................................... .................................

(data) (podpis)

## Stwierdzam na podstawie ksiąg KZP, że stan wkładów w/w wnioskodawcy na dzień .....................wynosi

## .................................zł

Niespłacone zobowiązania na dzień .................... wynoszą: .................................zł

..........................., dnia ............................. ........................................................

(księgowy KZP)

### Decyzja zarządu KZP

Zarząd KZP na posiedzeniu w dniu ........................ 20...... roku, postanowił wypłacić część wkładów

Panu /Pani .......................................................................................................... w kwocie ....................... zł.

w terminie do dnia ..........................

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

(Zarząd KZP)

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

Otrzymałem/ łam /przekazano/ w dniu ...................................................

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

(podpis wypłacającego ) (podpis otrzymującego)

Zaksięgowano dnia ..................................................... Nr dowodu ....................................

Nr ewidencyjny .........................

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

(podpis księgowego KZP)