……………../ …………………. …………………………….

Identyfikator/ nr ewidencyjny EMERYTA (miejscowość, data)

………………………………………………

Imię i nazwisko

……………………………………………….

Adres zamieszkania

……………………………………………….  **Zarząd MKZP**

Nr telefonu

**przy KWP w Olsztynie**

.

**PROŚBA**

W związku z przejściem na emeryturę proszę o wyrażenie zgody na pozostanie nadal członkiem MKZP. Zobowiązuję się do terminowego i regularnego wpłacania należności na konto: MKZP w BANK BGŻ BNP PARIBAS S.A. o numerze: 87 2030 0045 1110 0000 0427 2650 tj. tzw. wkładu członkowskiego oraz ustalonej kwoty raty pożyczki do 10-tego dnia każdego miesiąca.

Przyjmuję do wiadomości, że z chwilą niespełnienia powyższych warunków zostanę skreślony (na) z listy członków.

W razie mojej śmierci wpłacone przeze mnie wkłady po potrąceniu ewentualnego zadłużenia należy wypłacić osobie uprawnionej tj.: ………………………………………………………………………………………….

(imię i nazwisko )

zam. …………………………………………………………………………………………………………………

(adres zamieszkania, numer telefonu )

Przedkładam oświadczenie osoby uprawnionej do przetwarzania jej danych osobowych.

…………………………………..

czytelny podpis wnioskodawcy

**DECYZJA ZARZĄDU MKZP**