....
Nazwisko i imię nr komputerowy

Adres zamieszkania…….....

Telefon kontaktowy.....

WNIOSEK O ZWROT WKŁADÓW CZŁONKOWSKICH*)

Zgodnie ze Statutem PKZP przy ANWIL S.A. wnioskuję o zwrot wkładu członkowskiego po potrąceniu ewentualnego zadłużenia, w wysokości……zł

Słownie zł……

Powyższą kwotę należy przekazać na rachunek bankowy nr./PESEL**

.....

Jednocześnie oświadczam, że:

zapoznałem/łam się ze Statutem PKZP przy ANWIL S.A., Regulaminami, Klauzulą Informacyjną dla Członków PKZP przy ANWIL S.A. oraz osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń PKZP przy ANWIL S.A. zgodną z art. 13 i art. 14 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.

…… .....
data podpis Wnioskodawcy

Na podstawie ksiąg PKZP przy ANWIL S.A., stwierdzam, że stan wkładów ww. wynosi zł.....

Niespłacone zobowiązania wynoszą…..…….....

……, dnia ……r .....
Obsługa PKZP

DECYZJA ZARZĄDU PKZP

Zarząd PKZP na posiedzeniu w dniu ……20…r postanowił wypłacić wkład członkowski Panu(i)……....

W kwocie zł …….....(słownie zł……

……)

w terminie do dnia ……20.... r.

Sekretarz **Przewodniczący Zarządu PKZP**

....

*) wniosek dotyczy osób skreślonych z PKZP przy ANWIL S.A.

**) niepotrzebne skreślić