

.....
Nazwisko i imię

.....
nr komputerowy /PESEL

Adres zamieszkania.....

Telefon kontaktowy.....

WNIOSEK O ZWROT WKŁADÓW CZŁONKOWSKICH*)

WYPEŁNIA BYŁY CZŁONEK KZP

Zgodnie ze Statutem KZP przy ANWIL S.A., w związku ze skreśleniem z listy Członków KZP wnoszę 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:

wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art. 43 Ustawy z dnia 11.08.2021 o kasach zapomogowo – pożyczkowych (Ustawa) oraz z art. 13 i 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych); RODO. Oświadczam, że zapoznałem się z Klauzulą Informacyjną dla Członków Kasy Zapomogowo - Pożyczkowej przy ANWIL S.A. oraz osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń Kasy Zapomogowo - Pożyczkowej przy ANWIL S.A.

.....
data

.....
podpis Wnioskodawcy

WYPEŁNIA OSOBA UPRAWNIONA

Zgodnie ze Statutem KZP przy ANWIL S.A., w związku ze śmiercią Członka KZP***:

.....
Nazwisko i imię

.....
nr komputerowy /PESEL**

Adres zamieszkania

wnoszę 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 jako osoba uprawniona:

wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art. 43 Ustawy z dnia 11.08.2021 o kasach zapomogowo – pożyczkowych (Ustawa) oraz z art. 13 i 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych); RODO. Oświadczam, że zapoznałem się z Klauzulą Informacyjną dla Członków Kasy Zapomogowo - Pożyczkowej przy ANWIL S.A. oraz osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń Kasy Zapomogowo - Pożyczkowej przy ANWIL S.A.

.....
data

.....
podpis Wnioskodawcy

*) wniosek dotyczy byłych członków KZP przy ANWIL S.A.

***) niepotrzebne skreślić

****) dołączyć kopię skróconego odpisu aktu zgonu

Na podstawie ksiąg KZP przy ANWIL S.A., stwierdzam, że stan wkładów ww. wynosi(PLN)

Niespłacone zobowiązania wynoszą(PLN)

.....
Data

.....
Obsługa KZP (podpis)

DECYZJA ZARZĄDU KZP

Zarząd KZP na posiedzeniu w dniu20...r postanowił wypłacić

wkład członkowski Panu(i).....

w kwocie z.....(słownie zł.....)

w terminie do dnia20.... r.

Sekretarz

Przewodniczący Zarządu KZP

.....

.....

*) wniosek dotyczy byłych członków KZP przy ANWIL S.A.

***) niepotrzebne skreślić

***) dołączyć kopię skróconego odpisu aktu zgonu