……………../ …………………. …………………………….

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**