

.....
emeryta pesel

Radlin, dnia numer komputera /

.....
nazwisko i imię

Do Zarządu KZP

przy PGG S.A. Oddział KWK ROW Ruch Marcel

.....
adres

.....
seria i nr dowodu osobistego nr telefonu

Wniosek o zwrot wkładów

1. Proszę o częściowy zwrot moich wkładów*

- w wysokości

- ponad kwotę

Nr konta bankowego (dotyczy emerytów i rencistów)

Radlin, dnia
.....
(Podpis)

2. Proszę o całkowity zwrot wkładów* (dotyczy wyłącznie pracowników)

Oświadczam, że zostałem poinformowany, że możliwość ponownego potrącania wkładów nastąpi najwcześniej po roku karencji, po złożeniu deklaracji w formie pisemnej.

Radlin, dnia
.....
(Podpis)

3. Proszę o całkowity zwrot wkładów* (dotyczy wyłącznie emerytów/rencistów)

Oświadczam, że zostałem poinformowany, że wypłacenie wkładów poniżej minimalnej kwoty jest ostateczne i zgodnie ze statutem nie ma możliwości ponownego ich uzupełnienia.

Nr konta bankowego (dotyczy emerytów i rencistów)

Radlin, dnia
.....
(Podpis)

Stwierdzam na podstawie ksiąg KZP, że stan wkładów w/w wynosi zł,

stan zadłużeniazł, a należny zwrot wkładów wynosi zł.

Radlin, dnia
.....
(Księgowy KZP)

Zarząd KZP wyraża zgodę na zwrot wkładów w kwociezł,

słownie:

Radlin, dnia
.....
(Zarząd KZP)

Wkłady w wysokości zł otrzymałam/em dnia

Seria i nr dowodu osobistego
.....
(Podpis)

Zapłacono dnia Nr dowodu Podpis wypłacającego

Zaksięgowano dnia Nr dowodu Podpis księgowego

*niepotrzebne skreślić