

.....
(Nazwisko i Imię)

.....
(adres)

.....

.....
(Pieczętka Zakładu Pracy)

W N I O S E K

o udzielenie pożyczki
do Lekarskiej Kasy Pomocy Koleżeńskiej
ul. Kazimierza Wielkiego 45, 50-077 Wrocław

Proszę o udzielenie mi pożyczki w kwocie..... słownie zł.....
którą zobowiązuję się spłacić w miesięcznych ratach, poczynając od:.....

- ☐ poprzez potrącenie wynagrodzenia przy najbliższej wypłacie, wypłacanej mi przez Zakład Pracy
☐ regulując należność poprzez przekaz bankowy
☐ regulując należność w kasie DIL we Wrocławiu

W przypadku nieterminowej spłaty zaciągniętej pożyczki, bądź skreślenia mnie z listy członków LKPK, wyrażam zgodę na pokrycie z moich wkładów i przypadającego mi wynagrodzenia za pracę, całego zadłużenia wykazanego przez księgi Kasy oraz upoważniam LKPK do ściągnięcia należności przez firmę windykacyjną wraz z poniesionymi kosztami windykacji.

Proponuję jako poręczycieli:

1. Ob..... zam.....
2. Ob..... zam.....
3. Ob..... zam.....

W razie nieuregulowania we właściwym czasie zadłużenia, solidarnie zobowiązujemy się do proporcjonalnego pokrycia należnej kwoty z naszych wkładów, bądź wynagrodzeń za pracę i upoważniamy LKPK do bezpośredniego podjęcia w takim przypadku u każdego naszego pracodawcy kwoty równej temu zadłużeniu.

(pieczętka i podpisy poręczycieli wg kolejności jw.)

1.
2.
3.

.....
potwierdzam własnoręczność podpisów w poz. 1, 2, 3

/ pieczętka, data i podpis pożyczkobiorcy/

Przyznaną pożyczkę proszę przesłać **na konto Nr**

Decyzją Zarządu LKPK we Wrocławiu ul. Kazimierza W. przyznano wnioskodawcy pożyczkę nie oprocentowaną
w kwocie..... słownie..... płatną w..... ratach, poczynając od.....

Skarbnik

Sekretarz

Przewodniczący