

.....
(Nazwisko i Imię)

.....
(Pieczętka Zakładu Pracy)

.....
(adres)

.....
nr telefonu.....

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, począwszy 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.

Oświadczam, że przeczytałam/em i akceptuję Ramowy Statut LKPK.

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.

.....
/ pieczętka i podpis pożyczkobiorcy /

Przyznaną pożyczkę proszę przesłać na konto Nr KONTO!

Decyzją Zarządu LKPK we Wrocławiu ul. Kazimierza Wielkiego 45 przyznano wnioskodawcy pożyczkę nieoprocentowaną
w kwocie..... słownie..... płatną w..... ratach, poczynając od.....

Skarbnik

Sekretarz

Przewodniczący