

<p>..... (nazwisko i imię/imiona członka)</p> <p>..... (adres do korespondencji)</p> <p>..... (nazwa i siedziba pracodawcy)</p>	<p>Załącznik nr 4</p> <p>DO ZARZĄDU MKZP</p>
---	---

Wniosek o zawieszenie pobierania wkładów

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na zawieszenie pobierania wkładów na okres.....
(liczba)

miesiący począwszy od miesiąca
(nazwa miesiąca)

lub na czas urlopu bezpłatnego, macierzyńskiego, wychowawczego.*

Uzasadnienie zdarzenia losowego.

.....

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

*) niepotrzebne skreślić

Na podstawie ksiąg MKZP stwierdzam następujący stan konta wnioskodawcy:

wkłady zł,

zadłużenie zł, prolongata w okresie oddo

.....
(data)

.....
(czytelny podpis księgowego MKZP)

DECYZJA ZARZĄDU MKZP

Zarząd MKZP na posiedzeniu w dniu 20..... r. postanowił:

udzielić prolongaty na okres miesięcy

nie udzielać prolongaty z powodu

.....

.....
(pieczęć MKZP)

.....
(czytelne podpisy członków Zarządu MKZP)