WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

|  |  |
| --- | --- |
| .......................................................................................................................  (nazwisko i imię członka)  ......................................................................................................................  (adres zamieszkania)  ......................................................................................................................  (miejsce pracy)  …………………………………………………………………………………….  (numer telefonu) | **Do Międzyzakładowej Kasy Zapomogowo – Pożyczkowej**  **w Drawsku Pomorskim** |

**WNIOSEK**

**O ZAWIESZENIE SPŁATY POŻYCZKI (prolongatę)**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na zawieszenie spłaty pożyczki na okres ..............………..… miesięcypocząwszy od miesiąca ..............................................................................

(nazwa miesiąca, roku)

Jednocześnie oświadczam, że korzystałam/em / nie korzystałam/em**\*)** z prolongaty spłaty tej samej pożyczki w okresie od ……………………… do ……………………….

**Podpisy poręczycieli:**

1) Pan(i) ......................................................................... ........................................................

(nazwisko i imię poręczyciela) (podpis)

2) Pan(i) ......................................................................... ........................................................ (nazwisko i imię poręczyciela) (podpis)

...................., dnia …………………... 20……..r. ........................................................

(Podpis wnioskodawcy)

**\*)** niepotrzebne skreślić

Na podstawie ksiąg MKZP stwierdzam następujący stan konta wnioskodawcy:

**wkłady** ...................................... zł **prolongata** w okresie od ……….……..…… do ………..……...…

**zadłużenie** ................................ zł

Drawsko Pom., dn. .........................20.....r. .................................................

(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 ………………………………….………………………….……..............

…………………………………………………..………………………………………………………………..…

Drawsko Pom. dn. ......................20......r. …................................….............................................

(podpisy członków Zarządu MKZP)