
nazwisko i imię

Nr SAP

DO ZARZĄDU KZP
UNIwersytetu Jagiellońskiego
COLLEGIUM MEDICUM

adres zamieszkania

Wniosek o częściowe wycofanie wkładów

Proszę o częściowe wycofanie wkładów, zgodnie z regulaminem KZP w kwocie _____ zł na
konto _____

Kraków, dnia _____ r.

podpis wnioskodawcy

Stwierdzam na podstawie ksiąg KZP, że stan wkładów w/w wnioskodawcy na dzień _____
wynosi _____ zł, niespłacone zobowiązania wynoszą _____ zł.

data

podpis księgowego KZP

Decyzja Zarządu KZP

Zarząd KZP na posiedzeniu w dniu _____ 20____ r. postanowił:

- wypłacić część wkładów Pani/Panu w kwocie _____ zł (słownie zł: _____
_____ w terminie do dnia _____ 20____ r.

Kraków, dnia _____ r.

(podpisy członków zarządu KZP)

Zaksięgowano dnia _____

Nr dowodu _____

Nr ewidencyjny _____
