

.....
(nazwisko i imię członka)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(miejsce pracy)

**Do PKOP przy
Uniwersyteckim Szpitalu
Klinicznym w Olsztynie**

Wniosek o częściowe wycofanie wkładów

Proszę o częściowe wycofanie wkładów, zgodnie z regulaminem PKOP w kwociezł, w sposób: w kasie/na konto*

*niepotrzebne skreślić

.....
(data)

.....
(podpis)

Stwierdzam na podstawie ksiąg PKOP, że stan wkładów w/w wnioskodawcy na dzień wynosizł

Niespłacone zobowiązania na dzień wynoszą:zł

....., dnia

.....
(księgowy PKOP)

Decyzja zarządu PKOP

Zarząd PKOP na posiedzeniu w dniu 20.... roku, postanowił wypłacić część wkładów Panu/Pani w kwocie zł. w terminie do dnia

.....
(Zarząd PKOP)

Kwotęzł. (słownie złotych.....)
Otrzymałem/ łaam /przekazano/ w dniu

.....
(podpis wypłacającego)

.....
(podpis otrzymującego lub księgowego)

Zaksięgowano dnia Nr dowodu
Nr ewidencyjny

.....
(podpis)