

..... (nazwisko i imię członka)	Do PKOP przy Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Olsztynie
..... (adres zamieszkania)	
..... (miejsce pracy)	

Wniosek o częściowe prześlęgowanie wkładów

Proszę o częściowe prześlęgowanie wkładów na zadłużenie w kwociezł.

.....
(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 prześlęgować część wkładów Panu /Pani w kwocie zł. w terminie do dnia

.....
(Zarząd PKOP)

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

.....
(podpis wypłacającego) (podpis otrzymującego lub księgowego)

Zaksięgowano dnia Nr dowodu
Nr ewidencyjny

.....
(podpis)