Załącznik nr 7

Suwałki, dnia………………………

………………………………………. **DO ZARZĄDU KZP**

Imię i nazwisko

 **przy KMP w Suwałkach**

……………………………………..

……………………………………..

Adres zamieszkania

…………………………………………….

Numer telefonu

 **Wniosek**

 W związku z przejściem na emeryturę/rentę proszę o wyrażenie zgody na pozostanie członkiem KZP przy KMP w Suwałkach.

Zobowiązuję się do terminowego i regularnego wpłacania należności na konto KZP zgodnie ze Statutem KZP przy KMP w Suwałkach tj. tzw. wkładu członkowskiego oraz ewentualnej ustalonej raty pożyczki.

 Przyjmuję do wiadomości, że z chwilą niespełnienia powyższych warunków zostanę skreślony/a z listy członków.

……………………………………..…………………………………………

nr ewidencyjny emeryta data i czytelny podpis wnioskodawcy

**ZARZĄD KZP**

………………………………………….

…………………………………………

…………………………………………

………………………………………..

………………………………………..

**ZAŁĄCZNIK nr 1** do protokołu nr 14/2019 z dnia 06.11.2019r.

z posiedzenia Zarządu KKOP przy KMP w Suwałkach

**Funkcjonariusze – zwiększenie składki miesięcznej na wkłady od miesiąca XII 2019r.**

**Pracownicy – zwiększenie składki miesięcznej na wkłady od miesiąca XI 2019r.**