

.....
imię i nazwisko / ID placowy

.....
kod pocztowy, miejscowość

.....
ulica, nr domu / mieszkania

Miejscowość, data.....

zaznacz zakład pracy, w którym jesteś aktualnie zatrudniony:

☐ Delpharm Poznań S.A.

☐ GSK Consumer Healthcare Sp. z o.o.

☐ GSK Commercial Sp. z o.o.

☐ GSK PSC Sp. z o.o.

☐ GSK Services Sp. z o.o.

WNIOSEK O UDZIELENIE POŻYCZKI

z Międzyzakładowej Kasy Zapomogowo – Pożyczkowej dla spółki
Delpharm Poznań S.A. i spółek Grupy GlaxoSmithKline (MKZP)

Proszę o udzielenie mi pożyczki w kwocie.....złotych (słownie:.....
.....00/100 złotych), którą zobowiązuję się spłacić w
miesięcznych ratach, poczynawszy od najbliższej wypłaty wynagrodzenia (zasiłku), przez potrącenie
z wynagrodzenia, zasiłku chorobowego, zasiłku wychowawczego wypłacanego mi przez pracodawcę.

W przypadku skreślenia mnie z listy członków MKZP, wyrażam zgodę na pokrycie
z moich wkładów i należnego mi wynagrodzenia za pracę oraz zasiłku chorobowego, zasiłku
wychowawczego, całego zadłużenia wykazanego w MKZP oraz upoważniam Międzyzakładową
Kasę Zapomogowo – Pożyczkową dla spółki Delpharm Poznań S.A. i spółek Grupy GlaxoSmithKline
(MKZP) do bezpośredniego podjęcia u każdego mojego pracodawcy kwoty równej temu
zadłużeniu.

Proszę o przełanie pożyczki na konto bankowe:

*Podanie błędnego numeru konta bankowego może skutkować brakiem wpływu przyznanej pożyczki

.....
podpis wnioskodawcy

DECYZJA ZARZĄDU KASY

Przyznano wnioskodawcy pożyczkę w kwociezłotych

(słownie00/100 złotych).

Spłata nastąpi wratach miesięcznych. Pierwsza rata płatna.....20 r.

.....
data i podpisy członków zarządu MKZP