

.....

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

Proszę o wycofanie / częściowe wycofanie* wkładów, zgodnie z § 8 ust. 1 Statutu MKZP, w kwocie na konto nr

** Niepotrzebne skreślić*

.....

podpis

Stwierdzam na podstawie ksiąg MKZP, że stan wkładów w/w wnioskodawcy na dzień wynosizł. Niespłacone zobowiązania na dzień wynoszą:zł

.....dnia

.....

(księgowy MKZP)

Zarząd PKZP na posiedzeniu w dniu postanowił na mocy § 7 Statutu MKZP skreślić z listy członków Panią / Pana, wstrzymać dalsze potrącenia wkładów oraz po potrąceniu zadłużenia w kwociezł należne wkłady w kwocie.....zł przekazać na rachunek bankowy członka MKZP w terminie do dnia

.....

podpis

Zaksięgowano dnia nr dowodu.....

Skreślono z ewidencji: nr ewid. członków.....

.....

podpis