

....., dnia ..... 20.... r.  
( imię i nazwisko wnioskodawcy )

.....  
( kom. organizacyjna, nr telefonu kontaktowego – niezbędne )

.....  
(PESEL)

## ZARZĄD PKZP

### przy Nadodrzańskim OSG

Proszę o zawieszenie spłaty pożyczki na okres ..... miesiąca (\*)/ miesięcy (\*)  
począwszy od miesiąca ..... 20.... r.

.....  
Podpis wnioskodawcy

Stan konta na dzień ..... 201... r.:

Wkład / składka - .....

Zadłużenie - .....

Uwagi - .....

Data i podpis księgowej PKZP : .....

**Decyzją Zarządu PKZP przy NoOSG w Krośnie Odrz. z dnia .....,  
na podstawie pkt 39 Statutu PKZP przy NoOSG nie<sup>(\*)</sup>/ wyrażamy zgody / zgodę <sup>(\*)</sup>  
na zawieszenie spłaty pożyczki na okres ..... miesiąca (\*)/ miesięcy<sup>(\*)</sup> począwszy  
od miesiąca ..... 20.... r.**

m.p.

.....  
( Pieczęć i podpisy członków Zarządu PKZP przy NoOSG)

**Imię, nazwisko i dane kontaktowe wypełniać DRUKOWANYMI LITERAMI!!!**

(\*) - niepotrzebne skreślić.