

..... dnia 20.....r.

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(adres)

.....
(kom. organizacyjna NoOSG / emeryt)

.....
(nr telefonu kontaktowego, adres e-mail)

.....
(PESEL)

ZARZĄD
Kasy Zapomogowo - Pożyczkowej
przy NoOSG

WNIOSEK O UDZIELENIE POŻYCZKI

Proszę o udzielenie pożyczki gotówkowej / pożyczki uzupełniającej^(*) w kwocie złotych
słownie
i rozłożenie jej spłaty na rat miesięcznych.

1. Oświadczam, że udzieloną mi pożyczkę będę spłacać w ilości rat ustalonej przez Zarząd oraz wyrażam zgodę na :
 - a) potrącanie rat udzielonej mi pożyczki z pobieranego przeze mnie uposażenia (wynagrodzenia), zasiłku oraz wszystkich innych należności otrzymywanych od każdego pracodawcy,
 - b) w razie skreślenia z listy członków – na natychmiastowe uregulowanie całego pozostałego zadłużenia (**dotyczy funkcjonariuszy i pracowników cywilnych NoOSG**).
2. Oświadczam, że udzieloną mi pożyczkę będę spłacać do 10-go każdego miesiąca w ustalonej przez Zarząd ilości rat w kasie NoOSG^(*) lub przekazywać na rachunek bankowy KZP: Santander Oddział Krosno Odrz. nr **79 1090 1551 0000 0000 5500 0301^(*)** (**dotyczy emerytów, rencistów oraz osób przebywających na urloпах wychowawczych**).
3. **Oświadczam, że żaden z n/w poręczycieli nie jest moim małżonkiem i nie została ustanowiona między nami rozdzielnosc majątkowa (art. 35 ust. 1 pkt. 4 ppkt 4 Ustawy o kasach zapomogowo - pożyczkowych).**
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. w *sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE* (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanego dalej „RODO” przez Zarząd KZP w zakresie realizacji statutowych zadań KZP.
5. Wyrażam zgodę na przekazanie udzielonej pożyczki na mój rachunek bankowy

nr

.....
(podpis wnioskodawcy)

POREČZENIE

W razie nieuregulowania we właściwym terminie zaciągniętej przez pożyczki, jako solidni poręczyciele wyrażamy zgodę na potrącenie z naszych wkładów członkowskich lub z pobieranego uposażenia (wynagrodzenia), zasiłku oraz wszystkich innych należności otrzymywanych od każdego pracodawcy poręczonej pożyczki na zasadach ustalonych dla dłużnika.

1.

(imię i nazwisko, nr PESEL)

.....

(adres)

.....

(podpis poręczyciela)

.....

(nr telefonu kontaktowego i adres e-mail)

2.

(imię i nazwisko, nr PESEL)

.....

(adres)

.....

(podpis poręczyciela)

.....

(nr telefonu kontaktowego i adres e-mail)

3.(**)

(imię i nazwisko, nr PESEL)

.....

(adres)

.....

(podpis poręczyciela)

.....

(nr telefonu kontaktowego i adres e-mail)

Stan wkładów / składka	- (data i podpis księgowej KZP)
Zadłużenie	-	
Uwagi	-	

Zarząd KZP decyzją z dnia postanowił przyznać / nie przyznać^(*) pożyczkę w wysokości złotych płatną w ratach po zł miesięcznie.

Przewodniczący -

.....
(Pieczęć Zarządu KZP)

Członkowie Zarządu -

UWAGA !!!

Formularz wypełniać czytelnie, drukowanymi literami. Wniosek nieczytelny, niekompletny i ze skreśleniami nie będzie rozpatrywany.

(*) - niepotrzebne skreślić

(**)- poz. nr 3 wypełniamy tylko w przypadku pożyczki powyżej 30 tys zł .