……………………………………………………………………………… **DO KZP**

Nazwisko i Imię Nr Telefonu **PRACOWNIKÓW OŚWIATY**

………………………………………………………………………………. **przy Bursie Szkolnej nr 1 w Radomiu**

Adres Zamieszkania

………………………………………………………………………………………………………………

Nazwa placówki

**WNIOSEK O ZAWIESZENIE POBIERANIA RAT**

Zwracam się z prośbą o wrażenie zgody na zawieszenie pobierania rat na okres ……………….. miesięcy począwszy od miesiąca ………………………………………….. .

Jednocześnie oświadczam , że korzystałam (em) / nie korzystałam (em) z prolongaty w okresie od ………………………..

do …………………………… .

Radom, dn. …………………………………… …………………………………………………………………………………

 Własnoręczny podpis

Na podstawie ksiąg KZP stwierdzam następujący stan konta wnioskodawcy :

Wkłady : …………………………………………………..

Zadłużenie : …………………………………………………..

Prolongata w okresie od ……………………………………….. do ………………………………………. .

Radom, dn. ……………………………………… …………………………………………………………………………………

 Księgowy KZP

**DECYZJA ZARZĄDU KZP**

Zarząd KZP na posiedzeniu w dniu ……………………………………………. postanowił :

- udzielić prolongaty na okres ………………… miesięcy .

- nie udzielać prolongaty z powodu : ……………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Podpisy Zarządu :