

4. Zgadzam się na potrącenie przez Zakład Pracy z mego wynagrodzenia i zasiłku chorobowego zadeklarowanych wkładów oraz spłat udzielanych mi pożyczek i upoważniam Zarząd PKZP do bezpośredniego podejmowania tych należności w zakładzie pracy. Zgoda ta obowiązuje przez cały czas trwania członkostwa.
5. Przyjmuję do wiadomości, że wycofanie przeze mnie zgody na potrącenie wkładów i spłaty pożyczek spowoduje skreślenie mnie z listy członków PKZP.
6. Zobowiązuję się zawiadomić zarząd PKZP o każdej zmianie mojego miejsca zamieszkania.
7. W razie mojej śmierci wpłacone przeze mnie wkłady członkowskie po potrąceniu ewent. zadłużenia należy wypłacić Panu(i)

zam. w ul. nr
....., dn. 20 r.
własnoręczny podpis

Uchwałą Zarządu PKZP z dnia 20 r. przyjęty(a)
w poczet członków PKZP z dniem 20 r.

Skarbnik

Sekretarz
Pieczęć PKZP

Przewodniczący

Adnotacje o zmianie wysokości wkładów:

Na podst. uchwały walnego zebrania członków z dnia 20 r.
od dnia 20 r. potrąca się wkłady członkowskie w wysokości
..... % miesięcznego zarobku brutto.

.....
podpis