

..... / .....

Identyfikator / nr ewidencyjny EMERYTA

.....  
Dotychczasowa jednostka

.....  
Imię i Nazwisko

.....  
Adres zamieszkania

Poznań, dnia .....

.....  
Nr telefonu

Do Zarządu KKOP  
przy KWP w Poznaniu

### PROŚBA

W związku z przejściem na emeryturę proszę o wyrażenie zgody na pozostanie nadal członkiem KKOP.

Zobowiązuję się do terminowego i regularnego wpłacania należności na konto KKOP zgodnie z Uchwałą Walnego Zgromadzenia KKOP tj.: tzw. wkładu członkowskiego (3% od pobieranej emerytury lub renty brutto), oraz ustalonej kwoty raty pożyczki do 5- tego dnia każdego miesiąca.

Przyjmuję do wiadomości, że z chwilą niespełnienia powyższych warunków zostanę skreślony(na) z listy członków.

Niniejszym upoważniam Panią / Pana .....

zam. ....  
do odbioru moich wkładów KKOP w przypadku mojej śmierci.

.....

PODPIS

STAN NA MIESIĄC:	
STAN WKŁADÓW:	
UDZIELONY KREDYT:	
SKŁADKA MIESIĘCZNA:	
RATA KWOTA / ILOŚĆ :	

ZARZĄD KKOP

.....