

.....
imię, nazwisko

.....
pesel

.....
adres zamieszkania, tel domowy, tel komórkowy

.....
miejsce i adres pracy + tel do pracy

**WNIOSEK O REZYGNACJĘ
Z CZŁONKOSTWA
W LEKARSKIEJ KASIE POŻYCZKOWEJ
przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Łodzi**

Proszę o przyjęcie Mojej rezygnacji z członkostwa w Lekarskiej Kasie Pożyczkowej przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Łodzi .

Oświadczam, że:

1. jest mi znany Statut i Regulamin LKP
2. nie posiadam zobowiązań finansowych wobec LKP
3. wkłady własne odbiorę osobiście/proszę o przekazanie na moje konto nr:

.....
data

.....
pieczętka i podpis

Uchwałą Zarządu LKP w dniu..... skreślono z listy członków LKP przy OIL w Łodzi

.....
podpisy członków Zarządu LKP

proszę odciąć poniższy odcinek i złożyć w dziale płac w miejscu pracy

.....
imię, nazwisko , pesel

Niniejszym upoważniam zakład pracy do zaniechania comiesięcznego potrącania kwoty 20,00 zł tytułem składki członkowskiej w Lekarskiej Kasie Pożyczkowej przy OIL w Łodzi.

.....
data

.....
podpis i pieczętka