Wrocław, dnia . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

imię i nazwisko

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

miejsce zamieszkania

**Zarząd Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej**

**przy Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu**

W związku z rezygnacją z członkostwa w Kasie Zapomogowo-Pożyczkowej

proszę o wycofanie moich środków finansowych (lub o rozliczenie mojego zadłużenia ze

zgromadzonym wkładem w przypadku niespłaconych rat pożyczek).

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

data i podpis