

W Z Ó R
DEKLARACJA
przystąpienia do KKOP

.....
(imię i nazwisko)

Nr ewidencyjny w rejestrze członków

.....
(nazwa jednostki organizacyjnej ABW)

nr telefonu

.....
(miejsce zamieszkania)

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Koleżeńskiej Kasy Oszczędnościowo-Pożyczkowej nr przy

(nazwa jednostki organizacyjnej ABW)

Jednocześnie oświadczam, że:

- 1) będę ściśle przestrzegał regulaminu KKOP oraz uchwał władz KKOP;
- 2) wpłacę wpisowe określone przepisami;
- 3) deklaruję miesięczny wkład członkowski w wysokości mojego uposażenia (wynagrodzenia) miesięcznego;
- 4) zgadzam się - przez cały okres trwania członkostwa w KKOP - na potrącenie przez ABW z mojego uposażenia (wynagrodzenia) zadeklarowanych przeze mnie wkładów członkowskich oraz spłat udzielonych mi pożyczek i upoważniam zarząd KKOP do bezpośredniego podejmowania tych należności;
- 5) przyjmuję do wiadomości, że wycofanie przeze mnie zgody, o której mowa w pkt 4, spowoduje skreślenie mnie z listy członków KKOP;
- 6) w razie utraty członkostwa w KKOP zgadzam się na potrącanie z mojego uposażenia (wynagrodzenia), odprawy lub innych należności, całej niespłaconej pożyczki;
- 7) w razie mojej śmierci wpłacone przeze mnie wkłady członkowskie po potrąceniu ewentualnego zadłużenia należy wypłacić Panu(-ni)
zam. w, ul. nr
województwo..... tel.

....., dnia 20__r.

.....
(podpis)

Uchwałą zarządu KKOP z dnia 20__r. przyjęty(-a) w poczet członków KKOP z dniem 20__r.

Pieczęć KKOP

SKARBNIK-KASJER

SEKRETARZ

PRZEWODNICZĄCY

.....

.....

.....