

Wniosek należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami, bez skreśleń i poprawek oraz złożyć w oznaczonych polach czytelny podpis (imię i nazwisko)

**Załącznik nr 7**

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| Numer identyfikacyjny (ID Kadrowe)                            |   | PESEL                                      |  |
| Imię i nazwisko   |   |  |  |
| Nazwa jednostki/komórka organizacyjna                         |   |  |  |
| Adres do korespondencji<br>(ulica, kod pocztowy, miejscowość) |   |  |  |
| Numer telefonu  |   |  |  |
| Status wnioskującego *  | <input type="checkbox"/> Funkcjonariusz | <input type="checkbox"/> Pracownik cywilny | <input type="checkbox"/> Emeryt/Rencista |

**Do MKZP przy Komendzie Wojewódzkiej Policji w Rzeszowie, ul. Dąbrowskiego 30, 35-036 Rzeszów  
REGON: 521558003**

**WNIOSEK O PRZEKAZANIE WKŁADÓW W ZWIĄZKU Z PRZENIESIENIEM DO INNEGO MKZP (KZP)**

|   |  |
|---|--|
| W związku z moim przeniesieniem od dnia ..... do (KGP, KWP, KMP, KPP).....<br>proszę o pokrycie obecnego zadłużenia moimi wkładami, a pozostałą kwotę zgromadzonych wkładów proszę:<br><input type="checkbox"/> przekazać do MKZP (KZP) w ..... na nr rachunku bankowego<br>MKZP (KZP).....,<br><input type="checkbox"/> przekazać na mój rachunek bankowy służący do rozliczeń z pracodawcą. |  |
| <i>Miejscowość i data</i>   | <i>Własnoręczny, czytelny podpis wnioskodawcy:</i> |

\* zaznaczyć właściwe

**ZAŚWIADCZENIE<sup>1</sup>**

|  |  |
|--|--|
| <b>Na podstawie ksiąg MKZP stwierdzam następujący stan konta wnioskodawcy:</b> |  |
| <b>Wkłady</b>  |  |
| <b>Niespłacone zobowiązania</b>  |  |
| <b>Data</b>  |  |
| <b>Pieczętka i podpis osoby prowadzącej obsługę finansowo – księgową MKZP</b>  |  |

**Decyzją Zarządu MKZP**

|  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| Zarząd MKZP decyzją z dnia ..... wyraża zgodę/ nie wyraża zgody(*) na przeksięgowanie części zgromadzonego wkładu członkowskiego na poczet zaciągniętej pożyczki w kwocie ..... zł oraz przekazanie pozostałej kwoty wkładów na rzecz nowej MKZP / członka * |                                      |
| <i>Miejscowość i data</i>  | <i>Podpisy członków Zarządu MKZP</i> |

<sup>1</sup> Wypełnia pracownik prowadzący obsługę finansowo-księgową MKZP

\*- niepotrzebne skreślić lub zaznaczyć właściwe