

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