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

(Nazwisko i imię wnioskodawcy) (miejsce pracy)

Adres zamieszkania: ..................................................................................................................................................

Nr telefonu: .....................................................................................

**WNIOSEK O PROLONGATĘ SPŁATY RAT POŻYCZKI**

**Do Zarządu**

**Międzyzakładowej Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej przy Urzędzie Miasta i Gminy w Gryfinie**

Proszę o zawieszenie spłaty rat pożyczki na okres ............ miesięcy począwszy od miesiąca .................................................................. 20..... r.

Jednocześnie oświadczam, że korzystałam (-em)/ nie korzystałam (-em)\* z prolongaty w okresie od ………………..………… do ……………………………. .

**Uzasadnienie wniosku:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Podpisy poręczycieli** *(wymagane w przypadku, gdy okres prolongaty jest dłuższy niż 1 m-c):*

1) Pan(i) ......................................................................... ........................................................

(nazwisko i imię poręczyciela) (podpis)

2) Pan(i) ......................................................................... ........................................................

(nazwisko i imię poręczyciela) (podpis)

…………………………………, dnia ...................................... 20 ......... r. ..............................................................................

(miejscowość) (własnoręczny podpis wnioskodawcy)

|  |
| --- |
| **Wypełnia księgowość MKZP**Na podstawie ksiąg MKZP stwierdzam następujący stan konta wnioskodawcy:Wysokość wkładów: ..................................................................... złNiespłacone zobowiązania w MKZP: ........................................ zł**Prolongata** w okresie od …………………..…… do ……………..……...… ................................ ..............................................data Księgowy MKZP |

|  |
| --- |
| **Decyzja Zarządu MKZP z dnia ……………………………..**Uchwałą Zarządu MKZP postanowiono:* udzielić prolongaty na okres ………… miesięcy[[1]](#footnote-1)\*
* nie udzielać prolongaty z powodu ………………………………….………………………….……..............[[2]](#footnote-2)\*

................................................................... ....................................................................Zarząd MKZP Przewodniczący MKZP |

1. \*Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)