..... Wałcz dnia .....
/imię i nazwisko/

.....
/miejsce zamieszkania/

.....
/miejsce pracy – służby/

.....
/nr telefonu – praca, dom/

D E K L A R A C J A
P R Z Y S T Ą P I E N I A D O K K O P

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Koleżeńskiej Kasy Oszczędnościowo – Pożyczkowej przy JW…… w …….

Jednocześnie oświadczam, że:

1) Będę ściśle przestrzegać przepisów obowiązującego statutu, który jest mi znany, uchwał walnego zebrania oraz postanowień władz KKOP.
2) Opłacę wpisowe określone statutem.
3) Deklaruję miesięczny wkład członkowski w wysokości nie mniejszej niż określonej w statucie.
4) Zgadzam się na potrącanie przez zakład pracy z mojego wynagrodzenia (uposażenia), zasiłku chorobowego i wychowawczego zadeklarowanych wkładów oraz spłat udzielonych mi pożyczek i upoważniam Zarząd KKOP do bezpośredniego podejmowania tych należności w zakładzie pracy. Zgoda ta obowiązuje przez cały czas trwania członkostwa.
5) Przyjmuję do wiadomości, że wycofanie przeze mnie zgody na potrącenia mi wkładów i spłaty pożyczek spowoduje skreślenie mnie z listy członków KKOP.
6) W razie mojej śmierci, wpłacone przeze mnie wkłady członkowskie, po potrąceniu ewentualnego zadłużenia, należy wypłacić Panu(i) ..... zam. w ....., ul. ..... nr ..... gmina ..... województwo .....

.....
/własnoręczny podpis/

Decyzją Zarządu KKOP z dnia ..... przyjęty(a) w poczet członków KKOP z dniem ..... .

.....
/pieczęć KKOP/

Przewodniczący Zarządu KKOP Członek Zarządu KKOP

....