

.....
(Imię i Nazwisko)

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Adres)

.....
(Adres-c.d.)

.....
(Nr telefonu)

.....
(PESEL)

.....
(Nr i seria dowodu osobistego)

**Rada Funduszu Samopomocy Aptekarskiej
przy Gdańskiej Okręgowej Izbie Aptekarskiej
ul. Batoiego 18
80-251 GDAŃSK**

Zwracam się z prośbą o udzielenie **p o ż y c k i** w wysokości

(słownie:).

Pożyczkę zobowiązuję się spłacić w ratach po miesięcznie.

Kwotę powyższą pragnę przeznaczyć na

.....

.....

Pożyczkę proszę przekazać na konto bankowe / odbiorę osobiście*.

.....
(Podpis)

Załączniki:

1. Zaświadczenie o dochodach
2. Numer konta bankowego – jeśli dotyczy (wersja drukowana - nieprzepisana !)

* - niepotrzebne skreślić