

DANE PRACOWNIKA

nazwisko i imię

adres zamieszkania

miejsce pracy

nr telefonu _____ nr PESEL _____

DANE EMERYTA / RENCISTY

nazwisko i imię

adres zamieszkania

miejsce pracy, z której przeszedł na emeryturę/rentę

nr telefonu _____ nr PESEL _____

WNIOSEK*

- o zawieszenie spłaty rat pożyczki z Funduszu Mieszkaniowego (FM)
- o umorzenie pożyczki z FM

Legitymująca/-cy się dowodem osobistym seria/nr _____ wydanym przez _____ proszę o*:

- zawieszenie spłaty rat pożyczki na okres (ilość miesięcy) _____
- umorzenie pożyczki w kwocie _____ złotych

Uzasadnienie: _____

Załączniki: _____

Oświadczam, że zapoznałam/-em się z Regulaminem Prowadzenia Wspólnej Działalności Socjalnej i nie wnoszę do niego uwag. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku oraz załączonych dokumentach, zgodnie art. 6 ust. 1 lit. a),b) i art. 9 ust. 2 lit. a),b) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych).

Warszawa, dnia ___ / ___ / _____

czytelny podpis wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE PORĘCZYCIELI (dotyczy zawieszenia spłaty rat)

Poniższym podpisem wyrażam zgodę na zawieszenie spłaty rat pożyczki na w/w okres

1. _____
czytelny podpis poręczyciela
2. _____
czytelny podpis poręczyciela

Potwierdzam własnoręczność podpisów poręczycieli i pożyczkobiorcy

pieczętka placówki, pieczętka i podpis pracodawcy

WYPEŁNIA PRACOWNIK DBFO (WPA)

1. Kwota zaciągniętej pożyczki: _____ złotych

2. Zadłużenie Pani/Pana _____
na dzień _____ wynosi _____ złotych

pieczętka placówki, pieczętka i podpis pracownika WPA

OPINIA KOMISJI SOCJALNEJ

Komisja Socjalna proponuje*

- wyrazić zgodę
- nie wyrazić zgody

podpis przewodniczącego Komisji

DECYZJA nr ___ / ___ z dnia ___ / ___ / _____ REPREZENTANTA PRACODAWCÓW

w sprawie zawieszenie spłaty rat lub umorzenia pożyczki z FM

Uwzględniając opinię Komisji wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na:

- zawieszenie spłaty rat pożyczki z FM na okres _____ miesięcy
- umorzenie pożyczki w kwocie _____ złotych

Pani/Panu _____

Uzasadnienie: _____

Uzgodniono z zakładową organizacją związkową

pieczętka i podpis Reprezentanta Pracodawców

1) _____
pieczętka i podpis przedstawiciela związków zawodowych

2) _____
pieczętka i podpis przedstawiciela związków zawodowych

* proszę zaznaczyć właściwy wybór