

.....
(Imiona i Nazwisko)

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Adres)

.....
(Adres –c.d.)

.....
(Nr telefonu)

**Rada Funduszu Samopomocy Aptekarskiej
przy Gdańskiej Okręgowej Izbie Aptekarskiej
ul. Rakoczego 9/U4
80-288 G d a ń s k**

Zwracam się z prośbą o udzielenie **p o ż y c z k i** w wysokości
(słownie:)
poza terminem regulaminowym.

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).

* - niepotrzebne skreślić