

.....  
(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: .....)

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