

.....  
(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 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 (wersja drukowana - nieprzepisana !)

\* - niepotrzebne skreślić