

IMIĘ I NAZWISKO POŻYCZKOBIORCY	WNIOSEK O POŻYCZKĘ DŁUGOTERMINOWA	
ADRES ZAMELDOWANIA	DO PREZYDIUM ORL ŚWIĘTOKRZYSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ W KIELCACH	
MIEJSCE PRACY	DATA WPŁYWU	
Wysokość pożyczki		ilość rat
..... zł (słownie złotych)		
Przyznaną pożyczkę proszę o przekazanie na konto		
Oświadczam, że jestem członkiem Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej w Kielcach i regularnie opłacam składki członkowskie oraz, że znane mi są warunki spłaty pożyczki.		
Data Podpis i imienna pieczętka pożyczkobiorcy	
ZYRANCI		
IMIĘ I NAZWISKO	IMIĘ I NAZWISKO	
ADRES ZAMELDOWANIA	ADRES ZAMELDOWANIA	
MIEJSCE PRACY	MIEJSCE PRACY	
Dowód osobisty seria..... Nr.....	Dowód osobisty seria..... Nr.....	
..... Podpis i imienna pieczętka lekarza Podpis i imienna pieczętka lekarza	
WNIOSKODAWCA SPEŁNIA WARUNKI PRYZNANIA POŻYCZKI		
..... data	 podpis i pieczętka
Pokwitowanie odbioru pożyczki		
Pożyczkę przekazano na podany numer konta bankowego pożyczkobiorcy w dniu		
..... podpis z pieczętka		
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych poręczycieli w celach niezbędnych z przyznaniem pożyczki udzielonej przez Świętokrzyską Izbę Lekarską w Kielcach zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019r., poz. 1781).		