.......................................................................................... Nr komputerowy ……………….***NA / NN***.

 Nazwisko i Imię (drukowane) ***NA – nauczyciel akademicki, NN – nie nauczyciel***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 pesel

 **Do Zarządu KZP przy**

.......................................................................... **Uniwersytecie Śląskim**

 miejsce zamieszkania **w Katowicach**

Nr telefonu .......................................................

 Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na zawieszenie spłat .............. rat pożyczki

 w miesiącu / miesiącach \* .....................................................................

 (nazwa miesiąca)

1. podpis poręczyciela pożyczki……………………………………………

2. podpis poręczyciela pożyczki……………………………………………

 .................................................

 podpis wnioskodawcy

* niepotrzebne skreślić