

**Bank Spółdzielczy w Gilowicach****WNIOSEK KREDYTOWY ws. ODNOWIENIA KREDYTU**

Podstawa zmiany: TRUDNOŚCI EKONOMICZNE WYNIKAJĄCE Z PANDEMII KORONAWIRUSA COVID-19

**I. PODSTAWOWE INFORMACJE O TRANSAKCJI:****1. WNIOSKODAWCA:**

<b>Nazwa Wnioskodawcy</b>			
<b>Siedziba/ Adres Wnioskodawcy</b>			
<b>Status prawny</b>			
<b>Nazwa rejestru</b>			
KRS/EDG		NIP	
REGON			
<b>Nr telefonu</b>		<b>e-mail</b>	
<b>Dane osoby upoważnionej do kontaktów z Bankiem:</b>			
Imię i nazwisko:			
Numer telefonu:			
<b>Główni udziałowcy firmy:</b>			
Imię i nazwisko/ Nazwa	Adres/ Siedziba	Nr dowodu tożsamości/ PESEL/ REGON/ NIP	Wielkość posiadanych udziałów
<b>PODMIOTY POWIĄZANE KAPITAŁOWO/ MAJĄTKOWO/ ORGANIZACYJNIE/ PERSONALNIE:</b>			
Imię i nazwisko/ Nazwa	Nr dowodu tożsamości/ PESEL/ REGON/ NIP		Rodzaj powiązania
<b>Rodzaj prowadzonej działalności:</b>			
<b>Kierownictwo:</b>			
<i>IMIĘ I NAZWISKO</i>	<i>STANOWISKO</i>		<i>WYKSZTAŁCENIE</i>
<b>Struktura zatrudnienia:</b>			

TREŚĆ	LICZBA OSÓB	ŚREDNIE WYNAGRODZENIE
ZATRUDNIENIE OGÓŁEM		
PRACOWNICY BEZPOŚREDNIO PRODUKCYJNI		
OSOBY PRACUJĄCY NA UMOWĘ – ZLECENIE		

## 2. WNIOSKUJEMY O UDZIELENIE KREDYTU

Rodzaj	<input type="checkbox"/> kredyt w rachunku bieżącym <input type="checkbox"/> kredyt obrotowy <input type="checkbox"/> kredyt inwestycyjny
Kwota	
Słownie	
Okres kredytowania	od _____ do _____ /dzień/miesiąc/rok/
Karencja*	_____ miesięcy
Przeznaczenie kredytu	

## 3. TERMINY URUCHOMIENIA ORAZ TRANSZE KREDYTU:

w dniu/od dnia*		kwota	
w dniu/od dnia*		Kwota	
w dniu/od dnia*		kwota	
w dniu/od dnia*		Kwota	

## 4. SPŁATA KREDYTU:

Okres spłaty	od _____ do _____ /dzień/miesiąc/rok/
Spłata kredytu następować będzie z	<input type="checkbox"/> rachunku bieżącego <input type="checkbox"/> rachunku pomocnicze <input type="checkbox"/> płatność przelewem lub gotówką na rachunek kredytu
Terminy spłaty:	
1 . w dniu/od dnia*	do kwoty
2 . w dniu/od dnia*	do kwoty
3 . w dniu/od dnia*	do kwoty
4 . w dniu/od dnia*	do kwoty
5 . w dniu/od dnia*	do kwoty

## 5. SPŁATA ODSETEK:

Termin spłaty _____
---------------------

**6. PROPONOWANE ZABEZPIECZENIE:**

Rodzaj zabezpieczenia	Właściciel przedmiotu zabezpieczenia	Wartość zabezpieczenia	Oszacowanie wartości na podstawie: (polisa, wycena, faktura)

**7. STRUKTURA NALEŻNOŚCI NA KONIEC OSTATNIEGO OKRESU ROZLICZENIOWEGO:**

RAZEM	BIEŻĄCE	PRZETERMINOWANE					
		OD 1 DO 30 DNI	OD 31 DO 60 DNI	OD 61 DO 90 DNI	OD 91 DO 180 DNI	OD 181 DO 365 DNI	PONAD 365 DNI

**8. STRUKTURA ZOBOWIĄZAŃ NA KONIEC OSTATNIEGO OKRESU ROZLICZENIOWEGO**

RAZEM	BIEŻĄCE	PRZETERMINOWANE					
		OD 1 DO 30 DNI	OD 31 DO 60 DNI	OD 61 DO 90 DNI	OD 91 DO 180 DNI	OD 181 DO 365 DNI	PONAD 365 DNI

**9. GŁÓWNI DOSTAWCY/ODBIORCY (POWYŻEJ 5%)**

GŁÓWNI DOSTAWCY		GŁÓWNI ODBIORCY	
NAZWA	UDZIAŁ %	NAZWA	UDZIAŁ %

## OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY:

1) Oświadczam, że pandemia koronawirusa COVID – 19 spowodowała pogorzenie mojej sytuacji finansowej w następujący sposób:

2) Oświadczenie w zakresie posiadanych zaległości wobec składane na dzień 01.02.2020 r.:

NAZWA ORGANU	POSIADANE ZALEGŁOŚCI	ZALEGŁOŚĆ OBJĘTA UGODĄ?
<input type="checkbox"/> Urzędu Skarbowego – z tytułu podatków, ceł itp. (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK: Kwota ..... Liczba dni .....	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
<input type="checkbox"/> Zakładu Ubezpieczeń Społecznych – z tytułu składek na m.in. Ubezpieczenia społeczne Ubezpieczenie zdrowotne Fundusz Pracy (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK: Kwota ..... Liczba dni .....	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK

- 1) Oświadczam/y, że została/ nie została\* ogłoszona upadłość lub został / nie został\* rozpoczęty proces likwidacji lub postępowania naprawczego lub zawieszenia działalności firmy,
- 2) Oświadczam, że pozostaję / nie pozostaję\* we wspólności majątkowej ze współmałżonkiem/współmałżonką,
- 3) Oświadczam/y pod rygorem odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 297 § 1 Kodeksu karnego, że informacje podane w tym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym,

\* należy wybrać właściwą opcję

\_\_\_\_\_  
(miejscowość, data)

\_\_\_\_\_  
(pieczęć firmowa oraz podpisy osób reprezentujących  
Wnioskodawcę)

WYPEŁNIA PRACOWNIK BANKU	
BANK SPÓŁDZIELCZY W GIŁOWICACH	
DATA ZŁOŻENIA WNIOSKU	
WNIOSEK KOMPLETNY	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
DATA ZŁOŻENIA KOMPLETNEGO WNIOSKU	
STATUS KLIENTA	<input type="checkbox"/> Klient Banku <input type="checkbox"/> nowy Klient

Kredytobiorcę zweryfikowano i sprawdzono jego umocowanie .

\_\_\_\_\_  
(data i podpis pracownika Banku)