

WNIOSEK O ZWIĘKSZENIE/ZMNIEJSZENIE WKŁADU CZŁONKOWSKIEGO

Imię		PESEL	
Nazwisko			
Ulica i nr domu			
Miejscowość		Kod pocztowy	
Telefon		E-mail	

*proszę wypełnić drukowanymi literami

1. Proszę o:

zmniejszenie miesięcznego wkładu członkowskiego z (dotychczasowa kwota) na (wnioskowana kwota, nie niższa niż określona uchwałą walnego zebrania członków KZP);

zwiększenie miesięcznego wkładu członkowskiego z (dotychczasowa kwota) na (wnioskowana kwota).

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis członka KZP)

Zarząd KZP na posiedzeniu r. przychylił się/odrzucił (niepotrzebne skreślić) wniosek.

Podpisy członków zarządu:

.....

.....

.....

.....
(miejscowość, data)