

WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

..... (nazwisko i imię członka)	<b>Do MKZP w Drawsku Pomorskim</b>
..... (adres zamieszkania)	
..... (miejsce pracy)	
..... (numer telefonu)	

**WNIOSEK  
O ZMIANĘ WYSOKOŚCI MIESIĘCZNEGO WKŁADU**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na zmianę wysokości miesięcznego wkładu członkowskiego z kwoty ..... zł na kwotę .....zł począwszy od miesiąca .....20 ...r.

(nazwa miesiąca, rok)

..... dnia ..... 20.....r.

.....  
(podpis wnioskodawcy)

---

---

**Decyzja Zarządu MKZP**

Zarząd MKZP na posiedzeniu w dniu ..... 20..... r. postanowił:

- wyrazić zgodę na zmianę wysokości miesięcznego wkładu członkowskiego począwszy od miesiąca .....
- nie wyrażać zgody na zmianę wysokości miesięcznego wkładu członkowskiego z powodu .....

Drawsko Pom. dnia .....20.....r.

.....  
(podpisy członków zarządu MKZP)

\*) niepotrzebne skreślić