

....., dnia 20.... r.
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(kom. organizacyjna, nr telefonu kontaktowego – niezbędne)

.....
(PESEL)

ZARZĄD PKZP

przy Nadodrzańskim OSG

Proszę o zmniejszenie miesięcznej składki w PKZP do kwoty zł.

.....
Podpis wnioskodawcy

**Decyzją Zarządu PKZP przy NoOSG w Krośnie Odrzańskim z dnia ,
wyrażamy / nie wyrażamy ^(*) zgody / zgodę ^(*) na zmniejszenie miesięcznej składki członkowskiej
w PKZP do zł.**

m.p.

.....
(Pieczęć i podpisy członków Zarządu PKZP przy NoOSG)

Stan konta na dzień 201... r.:

Wkład / składka -

Zadłużenie -

Uwagi -

Data i podpis księgowej PKZP :

Imię, nazwisko i dane kontaktowe wypełniać DRUKOWANYMI LITERAMI!!!

^(*) - niepotrzebne skreślić