

.....
nazwisko i imię członka

.....
funkcjonariusz/emeryt/rencista

.....
adres do korespondencji, numer telefonu.

Do KZP przy Zakładzie Karnym w Nowogardzie

Wniosek o zwiększenie/zmniejszenie miesięcznych składek *

Wnoszę o:

1. Zwiększenie miesięcznej składki członkowskiej do kwoty: *
2. Zmniejszenie miesięcznej składki członkowskiej do kwoty: *

.....
podpis wnioskodawcy

Uwaga: wysokość miesięcznej składki członkowskiej nie może być mniejsza, niż wysokość minimalnej składki członkowskiej uchwalonej na walnym zebraniu członków.

.....

DECYZJA ZARZĄDU KASY ZAPOMOGOWO – POŻYCZKOWEJ

Na posiedzeniu w dniu 20.....r. Zarząd postanowił:

1. Przychylić się do prośby wnioskodawcy i zwiększyć miesięczne wkłady do wysokości*
 2. Przychylić się do prośby wnioskodawcy i zmniejszyć miesięczne wkłady do wysokości*
- od dnia 20.....r.

.....
podpisy członków Zarządu

.....
Adnotacja Księgowego KZP:

.....

.....
podpis Księgowego KZP

* niepotrzebne skreślić