.......................................................................... ...................................................................................

(Nazwisko i imię członka) (miejsce pracy)

Adres zamieszkania: .................................................................................................................................................. Nr telefonu: .....................................................................................

**WNIOSEK O ZMIANĘ WYSOKOŚCI MIESIĘCZNEGO WKŁADU CZŁONKOWSKIEGO**

**Do Zarządu**

**Międzyzakładowej Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej przy Urzędzie Miasta i Gminy w Gryfinie**

Proszę o zwiększenie/ zmniejszenie[[1]](#footnote-1) wysokości miesięcznego wkładu z kwoty ……………………….. zł **do kwoty ……………………….. zł**/**miesięcznie**, począwszy od miesiąca **…………..……………….. 20 ……….. roku**.

……………………………, dnia .................................. 20 ......... r. .........................................................................................

(miejscowość) (własnoręczny podpis wnioskodawcy)

|  |
| --- |
| **Decyzja Zarządu MKZP z dnia ……………………………………..**  Uchwałą Zarządu MKZP postanowiono:   * wyrazić zgodę[[2]](#footnote-2)\* * nie wyrazić zgody z powodu ………………………………….………………………….……..............[[3]](#footnote-3)\*   ................................................................... ....................................................................  Zarząd MKZP Przewodniczący MKZP |

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)
3. [↑](#footnote-ref-3)