Szczecin; dnia…................20…........r.

…...................................................................

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

…...................................................................

(miejsce zamieszkania )

…...................................................................

(numer telefonu kontaktowego)

**Zarząd KZP**

**przy Politechnice Morskiej w Szczecinie**

**ul. Wały Chrobrego 1/2**

**70-500 Szczecin**

Proszę o zmniejszenie miesięcznej składki w KZP z kwoty…................zł.

na kwotę…....................zł. od miesiąca …....................................20…......r.

Szczecin dnia….........................20…........r.

…………………………………………………………

(czytelny podpis wnioskodawcy)

Decyzją Zarządu KZP przy Politechnice Morskiej w Szczecinie z dnia …....................................................

…..............................................................................................wyrażamy zgodę\*/ nie wyrażamy zgody\*

na zmniejszenie miesięcznej składki członkowskiej w KZP do kwoty …...........zł.

….........................................................

(podpisy Zarządu KZP)

Stan konta na dzień…....................20……..r.

Wkład / składka …..........................................

Zadłużenie …..........................................

Uwagi …...........................................

…..........................................................

(data i podpis Księgowej KZP)

\*niewłaściwe skreślić