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 zwiększenie 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 zwiększenie 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