

.....
Nazwisko i imię

.....
Miejsce zamieszkania

.....
Nr telefonu

.....
Miejsce pracy

Deklaracja zmniejszenia wkładu na KZP

Proszę o zmniejszenie miesięcznego wkładu członkowskiego do wysokości
..... zł.

Gliwice, dnia 20.....r.

.....
Własnoręczny podpis