|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ……………………………………………………..(nazwisko i imię członka) |  | ………………………………………………….(miejsce pracy) |

Adres zamieszkania ………………………………………………………………………………………………

**Do MKZP przy WIW w Opolu**

**WNIOSEK O ZMIANĘ MIESIĘCZNEGO WKŁADU CZŁONKOWSKIEGO**

Deklaruję wpłatę miesięcznego wkładu członkowskiego do MKZP w wysokości :

 - **80,00** zł.

 - **100,00 zł**

przez potrącenie z wynagrodzenia i zasiłku chorobowego wypłaconego mi przez Zakład Pracy, począwszy od miesiąca …………………….……… 20….. roku.

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………….., dnia …………..……….. | …………….…………………………………(własnoręczny podpis) |

Zebranie Zarządu MKZP dnia: ……………………….

………………………………………………………………………………………………………………………

 (Podpisy członków Zarządu MKZP w WIW w Opolu)