|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ……………………………………………………..  (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)