……………………………... ……………………………..

imię, nazwisko, identyfikator (miejscowość, data)

…………………………………………

wydział, jednostka

…………………………………………

telefon komórkowy lub służbowy

**Zarząd MKZP**

**przy KWP w Olsztynie**

Proszę o wyrażenie zgody na częściową wypłatę wkładu w kwocie: .………………zł (słownie …………………………………………………………………………………...…zł.)

na rachunek bankowy o nr:\*

…………………………………………………………………………………………………

………………………….

/podpis/

Wysokość wkładów: ……………………………….

Kwota zadłużenia: …………………………….……

……………………………………………………….

/Podpis osoby prowadzącej księgowość/

**DECYZJA ZARZĄDU MKZP**

**\*wskazanie numeru konta bankowego jest konieczne**