……………………………... …..……..………………

imię, nazwisko, identyfikator (miejscowość, data)

…………………………………………

wydział, jednostka

…………………………………………

telefon komórkowy lub służbowy

 **Zarząd MKZP**

 **przy KWP w Olsztynie**

Uprzejmie proszę o zwiększenie/zmniejszenie wysokości wkładów\* na kwotę ……….zł.

 ……………………………….

/podpis/

Wysokość wkładów: ……………………………….

Kwota zadłużenia: …………………………….……

 ……………………………………………………….

/Podpis osoby prowadzącej księgowość/

**DECYZJA ZARZĄDU MKZP**

\*niepotrzebne skreślić