……………………………... ……………………………..

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**