……………………………... ……..….………………

imię, nazwisko, identyfikator (miejscowość, data)

…………………………………………

wydział, jednostka

…………………………………………

telefon komórkowy lub służbowy

 **Zarząd MKZP**

 **przy KWP w Olsztynie**

Informuję, iż rezygnuję z członkostwa w MKZP przy KWP w Olsztynie z powodu przejścia na emeryturę/przeniesienia do innej jednostki/ inne.\* W związku z powyższym proszę o przelanie zgromadzonych przeze mnie wkładów na rachunek bankowy numer:

…………………………………………………………………………………………………

 ………………………….

 /podpis/

Wysokość wkładów: ……………………………….

Kwota zadłużenia: …………………………….……

 ……………………………………………………….

/Podpis osoby prowadzącej księgowość/

**DECYZJA ZARZĄDU MKZP**

\*niepotrzebne skreślić