

**WNIOSEK O WYRAŻENIE ZGODY NA CZASOWE ZAWIESZENIE OBOWIĄZKU
WPLACANIA MIESIĘCZNYCH WKŁADÓW CZŁONKOWSKICH**

Dane osoby składającej wniosek:

(PROSZĘ UZUPEŁNIĆ WIELKIMI LITERAMI)

Nazwisko		Imię	
Drugie imię		PESEL*	
Miejscowość		Ulica , nr domu i nr mieszkania	
Kod pocztowy		Poczta	
Telefon		E-mail	
Miejsce pracy <i>(nazwa instytucji i adres siedziby)</i>			

* w przypadku braku numeru PESEL – nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz nazwę państwa, które go wydało.

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na zawieszenie obowiązku wpłacania miesięcznych wkładów członkowskich w okresie oddo.....

Wniosek swój uzasadniam następująco:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(podpis członka MKZP PO)

Decyzja Zarządu MKZP PO W TORUNIU

Zarząd MKZP PO W TORUNIU *wyraża zgodę/ nie wyraża zgody* na zawieszenie obowiązku wpłacania miesięcznych wkładów członkowskich w okresie oddo.....

.....
(podpisy członków Zarządu)