

.....  
Identyfikator służbowy

.....  
Miejscowość i data

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Jednostka / Wydział

.....  
Numer telefonu kom.

Do Zarządu KZP – KKOP  
przy KWP w Poznaniu

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na:

- Zwiększenie / zmniejszenie\* miesięcznej składki członkowskiej do kwoty:  
.....
- Zawieszenie wpłacania miesięcznych składek z powodu posiadania wkładu członkowskiego powyżej 15 000zł – TAK / NIE\*
- Wstrzymanie spłaty pożyczki w miesiącu ..... TAK / NIE\*

.....

Podpis

Adnotacje Biura KZP – KKOP:

- Wkład członkowski .....
- Uposażenie brutto .....

Pouczenie:

Minimalna składka miesięczna 1% uposażenia brutto

Maksymalna wysokość składki 10% uposażenia brutto

\* Niepotrzebne skreślić