

Nr ewidencyjny MKZP.....

Nr ewidencyjny MKZP.....

.....  
Nazwisko i Imię

.....  
Nazwisko i Imię

.....  
Miejsce zamieszkania

.....  
Miejsce zamieszkania

.....  
Zakład Pracy

.....  
Zakład Pracy

**WNIOSEK O SKREŚLENIE Z LISTY CZŁONKÓW  
KOLEŻEŃSKIEJ KASY POŚMIERTNEJ**

**WNIOSEK O SKREŚLENIE Z LISTY CZŁONKÓW  
KOLEŻEŃSKIEJ KASY POŚMIERTNEJ**

Proszę o skreślenie mnie z listy członków KKP z powodu .....

Proszę o skreślenie mnie z listy członków KKP z powodu .....

.....  
Proszę o nie potrącanie należnych składek od dnia .....

.....  
Proszę o nie potrącanie należnych składek od dnia .....

.....  
Data

.....  
Podpis

.....  
Data

.....  
Podpis

Decyzja Zarządu MKZP

Decyzja Zarządu MKZP

Zarząd MKZP na posiedzeniu w dniu ..... 20.....r.

Zarząd MKZP na posiedzeniu w dniu ..... 20.....r.

postanowił skreślić z listy członków .....

postanowił skreślić z listy członków .....

Wstrzymać dalsze potrącenia składek od dnia .....

Wstrzymać dalsze potrącenia składek od dnia .....

Zarząd MKZP

Zarząd MKZP