

Nr członkowski/.....

(uzupełnia KZPwPB)

.....
nazwisko i imię

.....
data urodzenia

.....
adres zamieszkania

.....
numer telefonu

.....
jednostka organizacyjna

AKTUALIZACJA DANYCH

1. Proszę o zwiększenie/zmniejszenie* miesięcznych wkładów członkowskich do wysokościzł, słownie:
2. W razie mojej śmierci wpłacone przeze mnie wkłady członkowskie, po potrąceniu ewentualnego zadłużenia, należy wypłacić Panu/Pani*,
zam.,
gmina, telefon

Białystok,

.....
własnoręczny podpis

Uchwałą Zarządu PKZP z dn. zatwierdzam zmiany.

Pieczęć KZPwPB

Podpisy Zarządu KZPwPB:

* niepotrzebne skreślić