…………………………………………. …………………………., dnia………………

Imię i nazwisko

………………………………………….

Jednostka

…………………………………………..

Identyfikator,

…………………………………………..

tel. służbowy

**Zarząd KZP**

**przy KWP w Gdańsku**

Proszę o wyrażenie zgody na pokrycie mojego zadłużenia posiadanym wkładem w KZP.

wkłady………………………………….

zadłużenie………………………………

………………………………………

/podpis/

ZAŁĄCZNIK NR 4

……………………………………………………… …………………………., dnia………………

Imię i nazwisko

………………………………………………………

Jednostka

…………………………………………………..…

Identyfikator

……………………………………………..........

tel. służbowy

**Zarząd KZP**

**przy KWP w Gdańsku**

Proszę o wyrażenie zgody na pokrycie mojego zadłużenia posiadanym wkładem w KZP.

wkłady………………………………….

zadłużenie……………………………… …………………………………………………………………

/podpis/