…………………………………………. …………………………., 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/