Gorzów Wlkp., dn ................. r.

....................................................
 imię i nazwisko członka

*....................................................* adres

*....................................................* miejsce pracy

**Do Zarządu KZP**

 **przy Stowarzyszeniu na Rzecz Osób z Autyzmem**

 Zwracam się z prośbą o potrącanie składki na wkłady członkowskie, od miesiąca ………………..………..r., w wysokości ........... zł, zamiast dotychczasowego potrącenia w wysokości ............... zł.,

 Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

 ......................................

 Czytelny podpis