

Data wpływu.....  
(wypełnia ŁIPH)

Miejscowość, data

## REZYGNACJA Z CZŁONKOSTWA WNIOSEK O SKREŚLENIE Z LISTY CZŁONKÓW ŁIPH

Nazwa firmy

Adres

Wysokość płaconej składki

Zgodnie z §17 ust. 1.A) Statutu ŁIPH wnoszę o skreślenie mnie  
z listy członków ŁIPH z dniem

.....  
Podpis osoby upoważnionej

***Jednocześnie przypominamy o obowiązku dokonania płatności zaległych  
i bieżących składek członkowskich.***

**Prosimy o podanie powodu rezygnacji:**

Wypełniony, wydrukowany i podpisany dokument proszę przekazać do biura ŁIPH,  
ul. Narutowicza 34, Łódź.



Łódzka  
Izba  
Przemysłowo  
Handlowa



ul. Narutowicza 34 | 90-135 Łódź  
tel. 42 208 93 23 | kom. 797 991 360  
www.izba.lodz.pl | e-mail: biuro@izba.lodz.pl  
NIP 725-00-40-613 | REGON 004284477

*W trosce o przedsiębiorców*

