………………………… ………………………

 Imię i nazwisko miejscowość, data

………………………….

 Nr PWZ

 OKRĘGOWA RADA LEKARSKA

 W ……………………………..

Wniosek o umorzenie składek członkowskich

Wnoszę o umorzenie nie uiszczonych przeze mnie składek członkowskich za okres

od …………………..r. do …………………..r. z powodu ………………………….

…………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………….

Jednocześnie oświadczam, że w w/w okresie nie osiągałam/em przychodów z tytułu wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty oraz ze źródeł przychodów wymienionych w przepisach o podatku dochodowym od osób fizycznych, z wyłączeniem renty lub emerytury, w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych lub ustaw regulujących zaopatrzenie emerytalne służb mundurowych.

Podpis

……………………………………………….