

OŚWIADCZENIE PODATKOWE

Nazwisko

Imiona:

Nazwisko rodowe

Miejsce Data urodzenia.....

Obywatelstwo

Nr PESEL

Nr NIP

Miejsce zamieszkania:

Kraj Województwo.....

Powiat Gmina

Miejscowość

Ulica nr domu nr mieszkania

Kod pocztowy..... poczta

Adres do korespondencji:

Kraj Województwo

Powiat Miejscowość

Ulica nr domu nr mieszkania

kod pocztowy poczta

Urząd Skarbowy dla celów podatkowych:

.....

Nr konta

.....

Oświadczam, że zapoznałem-(am) się z Regulaminem przyznawania świadczeń pieniężnych członkom Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie oraz zasadami przetwarzania danych osobowych w celu realizacji praw i obowiązków wynikających z ochrony socjalnej.

.....
/Czytelny podpis/

*niepotrzebne skreślić