

..... Szczecin, dnia

imię i nazwisko

.....
numer PWZ

.....
adres zamieszkania

.....
tel. kontaktowy

**Komisja Socjalna
Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie**

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNEGO

W oparciu o „Regulamin przyznawania świadczeń pieniężnych członkom Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie” **wniosuję o przyznanie zapomogi finansowej.**

Uzasadnienie.....

Załączniki:.....

Jednocześnie 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/