

..... 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” **wnioskuje o wypłacenie świadczenia pieniężnego z tytułu narodzin / adopcji dziecka***.

W załączeniu przedkładam kopię aktu urodzenia dziecka/dokumentu potwierdzającego adopcję dziecka*.

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/

*niepotrzebne skreślić