

..... Szczecin, dnia

imię i nazwisko (stopień pokrewieństwa)

.....

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 wypłacenie zasiłku pogrzebowego po zmarłym lekarzu / lekarzu dentyście***

.....

W załączeniu przedkładam kserokopię aktu zgonu.

Proszę o przekazanie świadczenia na rachunek bankowy nr

.....

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