

WNIOSEK nr z dnia

**O PRYZYCNANIE ZAPOMOGI DLA CZYNNYCH ZAWODOWO LEKARZY I
LEKARZY DENTYSTÓW DLA PORATOWANIA ZDROWIA**

I. Dane personalne

1. Nazwisko, imię

2. Data urodzenia (dzień, miesiąc, rok)

3. Numer prawa wykonywania zawodu

II. Adres zamieszkania

Proszę o przekazanie przyznanej zapomogi na nr konta bankowego:

.....
data i podpis wnioskodawcy

1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie i przechowywanie przez Świętokrzyską Izbę Lekarską w Kielcach moich danych osobowych zawartych we wniosku i przekazanych dobrowolnie dla potrzeb korespondencji, oraz realizacji wniosku o udzielenie dofinansowania

.....
data i podpis wnioskodawcy

III. Opinia Komisji

.....
.....
.....

Podpisy Komisji

| | |
|-------|-------|
| | |
| | |
| | |
| | |

IV. Decyzja Okręgowej Rady Lekarskiej o przyznaniu dofinansowania:

Uchwała Nr **z dnia** **kwota przyznana**
do wypłaty