Załącznik nr 4 do Regulaminu RFS

RADA FUNDUSZU SAMOPOMOCY
przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie
im. prof. Jana Nielubowicza

W N I O S E K
o przyznanie świadczenia – pomocy bezzwrotnej
w związku z urodzeniem dziecka/adopcją dziecka

1. Imię i nazwisko: ……
2. Numer prawa wykonywania zawodu: ……
3. Tel.: …… mail: ……
4. Ulica, nr mieszkania/lokalu……
5. Miasto oraz kod pocztowy……
6. Powiat……
7. Województwo……
8. Gmina……
9. PESEL:……
10. Nazwa właściwego Urzędu Skarbowego: ……
11. Data urodzenia dziecka/adopcji……
12. Numer konta:

Oświadczam, że powyższe dane złożyłem/łam zgodnie z prawdą.

data …… podpis: ……

Załączniki:
1. Zaświadczenie o niezaleganiu ze składkami na rzecz Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.
2. Kopia aktu urodzenia dziecka lub dzieci potwierdzony za zgodność z oryginałem.

***Stanowisko Rady Funduszu Samopomocy** :

pozytywne ……..

uzupełnić wniosek o ……

negatywne ……..

Uzasadnienie:

……

……

Data …… podpisy: ……

……