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

W N I O S E K
o przyznanie świadczenia – pomoc bezzwrotna
odprawa pośmiertna

1. Imię i nazwisko Wnioskodawcy: ……
2. Imię i nazwisko Zmarłego lekarza:……
3. Stopień pokrewieństwa do Zmarłego lekarza……
4. PWZ Zmarłego……
5. Miejsce zamieszkania Wnioskodawcy: ……

   tel.: …… mail: ……
6. Numer konta, na który należy przesłać przyznaną odprawę pośmiertną:

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

data …… podpis: ……

Załączniki do wniosku:

1. Zaświadczenie o niezaleganiu ze składkami na rzecz Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.
2. Kopia aktu zgonu.
3. Kopie rachunków związanych z kosztami pogrzebu wystawionych na nazwisko **Wnioskodawcy.**

Decyzja:

pozytywna ……

uzupełnić wniosek o ……

negatywna ……

Uzasadnienie: ……

……

……

……

data …… podpisy: ……

……

……