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

Imię i Nazwisko Miejscowość, data

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

Adres zamieszkania

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

telefon

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

PESEL i NIP

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

Nr konta bankowego

 **Okręgowa Rada Lekarska w Opolu**

 **Podanie**

 Zwracam się z prośbą o udzielenie zapomogi bezzwrotnej zgodnie z uchwałą nr 5/02/IV Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu z dnia 20 marca 2002r.

Uzasadnienie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Na 1 osobę w gospodarstwie domowym miesięczny dochód wynosi ...............................................

Załączam :  odcinek emerytury/renty lub oświadczenie o dochodach

  dokumenty potwierdzające fakt choroby (kserokopie kart informacyjnych)

  ........................................................................................................................

Jednocześnie oświadczam, że  systematycznie opłacam składki członkowskie na rzecz OIL

  jestem zwolniony(a) z uiszczania składki członkowskiej

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

Podpis składającego podanie

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

Opinia Przewodniczącego Delegatury IL lub Komisji ds. Emerytów i Rencistów