

..... Zielona Góra., dnia

imię i nazwisko

.....
numer PWZ

.....
adres zamieszkania zgłoszony do US

.....
tel. kontaktowy

**Komisja Socjalna
Okręgowej Rady Lekarskiej w Zielonej Górze**

Wniosek o wypłatę zasiłku pogrzebowego po zmarłym lekarzu/lekarzu dentyście

Zwracam się z prośbą o wypłacenie zasiłku pogrzebowego po zmarłym lekarzu/lekarzu dentyście :

.....
W załączeniu przedkładam kopię aktu zgonu .

Zgodnie art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2016 r. poz. 922) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych do celów związanych z przyznaniem powyższego świadczenia przez Komisję Socjalną i Okręgową Radę Lekarską w Zielonej Górze.

.....
Podpis

Nr rachunku bankowego

Urząd Skarbowy

Pesel

Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2016 r. poz. 922) informujemy, że:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Okręgowa Izba Lekarska w Zielonej Górze ul. Batorego 71 65-735 Zielona Góra
2. Pani/ Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przyznawania świadczeń socjalnych i nie będą udostępniane innym podmiotom.
3. Posiada Pan/ Pani prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

*niepotrzebne skreślić