**W N I O S E K**

**O D O F I N A N SO W A N I E K U R S Ó W N I E O B O W I Ą Z K O W Y C H R E A L I Z U J Ą C Y C H P R O G R A M S P E C J A L I Z A C Y J N Y**

1.Nazwisko i imię………………………………………………………………………………………….

2.Dziedzina specjalizacji ………………………………………………………………………………

3.Okres specjalizacji od ……………………………………do ….………………………………

4.Nr konta ……………………………………………………………………………………………………

5.Pesel …………………………………………………………………………………………………………

6.Adres zamieszkania …………………………………………………………………………………..

7.Adres zameldowania…………………………………………………………………………………

8.Urząd Skarbowy ………………………………………………………………………………………..

W załączeniu:

1.Dokument potwierdzający rozpoczęcie specjalizacji

2.Certyfikat potwierdzający odbycie kursu.

3.Faktura za kurs

Oświadczam, że wywiązuję się na bieżąco z obowiązku opłacania składek na rzecz Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze.

 ……………………………………………..

 Podpis i pieczątka lekarza