

.....

Zielona Góra

(imię i nazwisko)

.....

Nr pwz.

.....

Nr telefonu i e-mail

Okręgowa Izba Lekarska

w Zielonej Górze

PODANIE

Zwracam się z prośbą o rozłożenie na raty zaległości z tytułu nieopłaconych składek członkowskich w wysokości.....złotych.

Proszę o rozłożenie na rat /y płatnych do końca każdego miesiąca.

.....

(podpis ,pieczętka)