

WNIOSEK
O DOFINANSOWANIE KURSÓW I SZKOLEŃ
W ramach specjalizacji podstawowych i szczegółowych

1. Nazwisko i imię.....
2. Nr konta
3. Pesel
4. Adres zamieszkania
5. Adres zameldowania.....
6. Urząd Skarbowy

W załączeniu:

1. zaświadczenie określające długość szkolenia/ poza miejscem zamieszkania(powiatu)

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

Zgodnie z art.24 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, nie będą udostępniane innym podmiotom
3. Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania

.....
Data złożenia

.....
Podpis i pieczęć lekarza